Rapport annuel 2012-2013 de l'ICIS

De meilleures données pour de meilleures décisions :
des Canadiens en meilleure santé

Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Table des matières

Message du président du Conseil d'administration et du président-directeur général 1

Nos réalisations 5

Accroître l'exhaustivité, la qualité et la disponibilité des données 7

Éclairer la prise de décisions relatives à la santé de la population et au système de santé 15

Atteindre l'excellence organisationnelle 25

Résultats du sondage auprès des intervenants 27

Confidentialité et sécurité des données 31

Perspectives d'avenir 33

Analyse de la direction 35

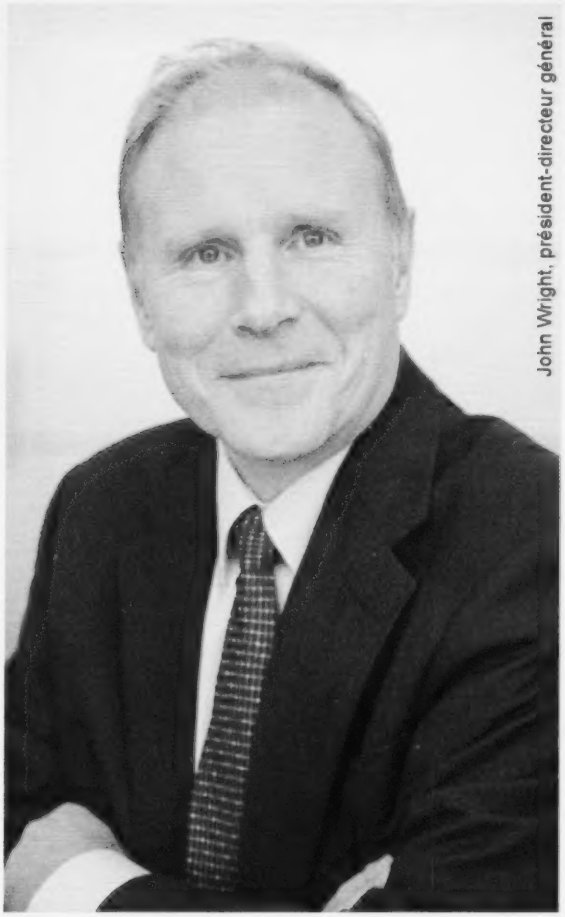
États financiers vérifiés 43

Notre organisme 61

Notre équipe de direction et de gouvernance 63

- Haute direction 63
- Conseil d'administration 64
- Composition des comités du Conseil d'administration 65

Dr Brian Postl, président du Conseil d'aministration



John Wright, président-directeur général

Message du président du Conseil d'administration et du président-directeur général

Au cours des 20 dernières années, les besoins en information sur la santé ont considérablement augmenté. De nos jours, les gouvernements et les professionnels de la santé se préoccupent de plus en plus de la qualité et de la pérennité du système de santé. Pour favoriser l'efficience, les responsables de l'élaboration des politiques et les gestionnaires du système de santé requièrent de l'information complète sur la sécurité des patients, les résultats pour la santé, la performance du système ainsi que la pertinence et la disponibilité des soins. Les dispensateurs de soins de première ligne réclament de meilleurs systèmes d'évaluation et de surveillance alors qu'une utilisation accrue des technologies de l'information facilite l'accès à une grande diversité de données. Bref, les besoins en information sur la santé et l'utilisation de cette information à l'échelle du système ont évolué.

À l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), nous travaillons à répondre à ces besoins en constante évolution. Nous savons que toute prise de décision éclairée repose sur de bonnes données, c'est-à-dire de l'information exacte. L'année qui s'est terminée a marqué le début d'une période de transition à l'ICIS : nous nous sommes efforcés, plus que jamais, d'améliorer l'actualité et l'accessibilité de nos données tout au long du continuum de soins et d'en favoriser l'utilisation et la compréhension chez les intervenants.

Nous avons commencé l'année avec la mise en œuvre de nouveaux plans stratégiques et d'activité et l'implantation d'un plan analytique biennal. Nous nous sommes employés à brosser un portrait plus clair du système de santé en effectuant de nouvelles analyses portant, par exemple, sur la chirurgie liée au cancer du sein, les soins aux victimes d'AVC et les réactions indésirables aux médicaments entraînant une hospitalisation. Nous avons continué, en collaboration avec nos partenaires, à développer le Système canadien de surveillance de la sclérose en plaques, à créer des normes de contenu et à préparer le système en vue de la soumission de données.

Nous avons obtenu un portrait précis du système de santé en examinant les données tout au long du continuum de soins. En créant un nouvel indicateur de paiement clinique moyen (qui combine les données sur la rémunération à l'acte et les autres modes de paiement), nous avons amélioré l'exhaustivité de nos données sur la rémunération des médecins. Nous avons conclu avec Santé Canada et les ministères de la Santé de la Saskatchewan et de l'Ontario des ententes de partage des données relatives au Système national de déclaration des accidents et incidents. Pour la première fois, les données du Québec ont été incluses dans la publication du ratio normalisé de mortalité hospitalière, et nous avons reçu de la Colombie-Britannique des données sur les demandes de remboursement pouvant être couplées à celles de la Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits.

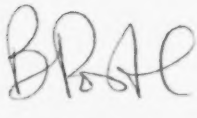
Cette année, malgré les pressions financières exercées sur l'organisation, nous avons réussi à maintenir l'excellente qualité de nos données, normes et analyses. Les réductions du financement de Santé Canada ont entraîné l'élimination par attrition de postes à temps plein. Nous avons dû également dire adieu à plusieurs membres du Conseil d'administration de même qu'à des collègues hautement appréciés, Jean-Marie Berthelot, vice-président, Programmes, et Cathy Davis, directrice, Services d'information sur les soins ambulatoires et de courte durée. Nous avons en revanche accueilli de nouveaux membres au Conseil d'administration ainsi que Brent Diverty, notre nouveau vice-président, Programmes. Nous avons par ailleurs abordé de façon proactive la question du déficit de financement estimé du régime de retraite. Pour assurer la rémunération appropriée de notre précieux personnel, nous avons réalisé un sondage sur la rémunération. À partir des commentaires du personnel, nous avons modifié nos politiques de travail afin d'offrir davantage de souplesse en milieu de travail et d'améliorer notre approche en matière de reconnaissance des réalisations du personnel.

En tenant compte de la nouvelle réalité financière, nous avons revu nos processus et réduit le gaspillage, les délais et les dépenses en lançant trois initiatives d'amélioration continue de la qualité au moyen de la méthodologie de rationalisation Lean. Forts des résultats positifs de ces projets pilotes, nous procédons actuellement à la mise en œuvre d'un programme Lean au sein de l'organisme.

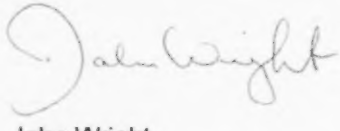
Nous avons également réalisé un sondage auprès des clients afin de recueillir leurs commentaires sur notre organisme. En général, les résultats étaient très positifs, une importante majorité des intervenants affirmant que les produits et services de l'ICIS répondaient à leurs besoins et les aidaient à offrir des soins de santé efficaces et efficients. Toutefois, les résultats ont révélé certains points précis à améliorer.

En réponse à cette rétroaction de nos clients, nous avons préparé une analyse de rentabilisation pour appuyer une nouvelle initiative de l'ICIS, à savoir l'intégration des rapports électroniques. L'analyse, une fois approuvée, nous aidera à élaborer et à mettre en œuvre des solutions durables visant à donner aux clients un accès rapide à de l'information et à des données qui correspondent précisément à leurs priorités. Les rapports électroniques intégrés amélioreront notre capacité à faire des comparaisons significatives tout au long du continuum de soins et favoriseront une expérience client plus transparente. En continuant à mettre l'accent sur les clients, nous avons entrepris d'améliorer notre site Web afin de permettre aux intervenants de chercher et de trouver de l'information plus facilement. Nous avons également lancé l'initiative sur la performance du système de santé, un nouveau projet visant à présenter nos rapports sur la performance de manière à appuyer les efforts d'amélioration des provinces et des territoires du Canada. Enfin, pour améliorer l'expérience des clients de l'ICIS, nous avons offert à tout le personnel une formation sur nos valeurs et nos normes de service de manière à rendre l'expérience client positive à l'échelle de l'organisme.

Comme le disait Winston Churchill, « Pour s'améliorer, il faut changer. Donc pour être parfait, il faut avoir changé souvent. » Alors que se profile à l'horizon le 20e anniversaire de l'ICIS, il est bon de garder ces mots à l'esprit. L'ICIS est depuis longtemps un fournisseur réputé de données exhaustives, comparables et fiables, mais nous ne devons pas pour autant nous reposer sur nos lauriers. Nous devons sans cesse nous améliorer, évoluer et changer. Nous avons fait le nécessaire pour rendre nos produits et services plus souples, intégrés et adaptables, et nous continuerons sur cette lancée. En collaboration avec vous, intervenants de l'ensemble du pays, nous atteindrons notre objectif qui consiste à fournir l'information comparable, pertinente et exploitable dont vous avez besoin pour prendre des décisions judicieuses.



Dr Brian Postl
Président du Conseil d'administration



John Wright
Président-directeur général

Nos réalisations

À titre d'organisme non gouvernemental indépendant, l'ICIS représente une source respectée et impartiale de données et d'information; toutefois, nos efforts et nos priorités sont toujours déterminés par les besoins des intervenants. Les systèmes de santé canadiens évoluent constamment et les besoins en information des intervenants changent. Or, l'ICIS se doit d'évoluer au même rythme. Nous avons consulté nos clients pour mieux cerner leurs priorités et nous assurer que l'information que nous leur fournissons est non seulement exhaustive et fiable, mais également pertinente, récente et facile d'accès. Nos nouveaux objectifs stratégiques tiennent donc compte de cette réflexion et témoignent de l'intention de l'ICIS de demeurer compétent et avant-gardiste.

Objectifs stratégiques de 2012 à 2017

1. **Accroître l'exhaustivité, la qualité et la disponibilité des données**
   - Fournir en temps opportun des données intégrées liées à divers domaines de la santé
   - Soutenir l'émergence de nouvelles sources de données, notamment les dossiers de santé électroniques
   - Fournir des données plus exhaustives dans les domaines prioritaires
2. **Éclairer la prise de décisions relatives à la santé de la population et au système de santé**
   - Produire des analyses pertinentes, appropriées et exploitables
   - Offrir des produits, des services et des outils de pointe pour appuyer la gestion de la performance
   - Répondre aux besoins émergents tout en prenant en considération le contexte local
3. **Atteindre l'excellence organisationnelle**
   - Promouvoir l'apprentissage continu et le perfectionnement professionnel
   - Adopter une culture de l'innovation
   - Accroître la transparence et la responsabilisation

Au cours des dernières années, nous avons avancé à grands pas vers la réalisation de ces objectifs. Les pages suivantes présentent des exemples de nos progrès : les objectifs que nous avons atteints, ceux que nous avons surpassés et les points à améliorer.

Accroître l'exhaustivité, la qualité et la disponibilité des données

Tout bon processus décisionnel repose sur des données de qualité et comparables, qui permettent de mieux évaluer le système de santé et aident les décideurs à comprendre ce qui fonctionne bien et à cerner les points qui gagneraient à être améliorés. Nous avons pris l'engagement d'améliorer l'exhaustivité et la disponibilité des données dans nos 28 banques de données. Voici où nous en sommes.

Fournir en temps opportun des données intégrées liées à divers domaines de la santé

- Nous avons lancé le **Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD) amélioré**, qui favorisera l'intégration des systèmes de déclaration électronique de l'ICIS et ouvrira la voie à une utilisation accrue des données des dossiers de santé électroniques.
- Nous avons entrepris l'élaboration de la méthodologie du **groupeur ajusté aux risques de la population (GARP)**. Le GARP permet de classifier la population en fonction de caractéristiques cliniques et d'estimer ses besoins en services de santé. Cette méthodologie aidera l'ICIS et ses clients à faire un suivi de la santé de la population, à comprendre les tendances liées à l'utilisation des soins, à expliquer les variations en matière d'utilisation des ressources et à jeter les bases de l'élaboration des modèles de financement.
- En reconnaissance de notre collaboration dans le cadre du projet Temps d'attente en chirurgie pédiatrique canadienne, l'Association canadienne des centres de santé pédiatrique (ACCSP) nous a remis le prix de la citoyenneté 2012. La **Base de données sur les congés des patients (BDCP)** et le

Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) recevront pour la première fois, en 2013-2014, des données sur les temps d'attente pour des soins pédiatriques. Le projet permettra à l'ACCSP de consulter des données sur les soins pédiatriques à partir du Portail de l'ICIS.

- Le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) reçoit maintenant de la Colombie-Britannique des données sur les demandes de remboursement de médicaments. Grâce au couplage des données de la BDCP et du SNIUMP, l'ICIS a publié le rapport ***Hospitalisations liées aux réactions indésirables aux médicaments chez les personnes âgées, de 2006 à 2011***.

Intégration des rapports électroniques

Pour tenir compte de l'évolution des besoins en information des intervenants, l'ICIS a entrepris son projet d'intégration des rapports électroniques. Il s'agit d'une approche structurée et planifiée visant à regrouper l'information sur la santé qui jusqu'ici était cloisonnée. Une telle approche permettra de réduire les coûts et favorisera une meilleure normalisation. Les clients de l'ICIS auront ainsi

- une meilleure capacité de faire des comparaisons significatives;
- un meilleur accès à des données plus faciles à comprendre pour appuyer la prise de décisions;
- une vue unique de l'ensemble du continuum de soins qui couvre et intègre de multiples bases de données;
- un accès aux données en temps opportun;
- une expérience plus transparente et holistique en ce qui touche les ressources d'information de l'ICIS.

On trouve des précisions sur l'intégration des rapports électroniques dans d'autres sections du présent rapport.

Stratégie d'accès aux données et Initiative de démocratisation des données

À l'ICIS, nous sommes fiers de la qualité et de la comparabilité de nos données. Or, d'excellentes données ne sont d'aucune utilité si elles ne sont pas faciles d'accès ni pertinentes aux yeux des intervenants. Nous avons donc lancé la **stratégie d'accès aux données** afin d'améliorer l'accessibilité et l'actualité des données de l'ICIS.

Cette année, nous avons entrepris de faciliter l'accès aux données de l'ICIS pour les chercheurs à l'aide de l'Initiative de démocratisation des données (IDD) de Statistique Canada. Moyennant des frais d'utilisation annuels, l'IDD fournit aux étudiants et au corps professoral des établissements postsecondaires canadiens l'accès à de nombreux produits d'information géographique et de données de Statistique Canada.

Nous avons entamé ce projet pilote en fournissant aux utilisateurs enregistrés de l'IDD l'accès à deux fichiers de recherche analytique contenant des échantillons de données dépersonnalisées de la BDCP (en utilisant les exercices 2009-2010 et 2010-2011). Chaque fichier comprend des données au niveau de l'enregistrement; un fichier contient des données cliniques et l'autre, de l'information géographique. Offerts en français et en anglais, les fichiers de données de la BDCP contiennent de l'information sur les principales variables démographiques, cliniques et de groupes clients.

Le projet pilote prendra fin en mars 2014. Un rapport résumera les avantages et les difficultés liées à l'utilisation des fichiers de recherche analytique de la BDCP. Les leçons retenues aideront à orienter les mises en œuvre potentielles de fichiers de recherche analytique à partir d'autres bases de données de l'ICIS.

Soutenir l'émergence de nouvelles sources de données, notamment les dossiers de santé électroniques

- En collaboration avec le Réseau canadien des cliniques de sclérose en plaques, la Société canadienne de la sclérose en plaques, des personnes atteintes de SP, des aidants naturels, des cliniciens, des chercheurs, des spécialistes internationaux et divers gouvernements, nous avons terminé l'élaboration du Système canadien de surveillance de la sclérose en plaques (SCSSP). Le système est maintenant prêt à recevoir des données.
- En collaboration avec Inforoute Santé du Canada, nous avons créé un document de réflexion canadien pour l'utilisation de l'information électronique sur la santé pour les besoins du système de santé au Canada. Le document, qui tient compte des commentaires des intervenants, a été soumis à la Conférence des sous-ministres de la Santé en mai 2013.
- Dans le cadre de notre travail sur l'utilisation des données pour les besoins du système de santé, nous avons évalué le SNIUMP, la BDCP et le programme d'information sur les soins de santé primaires pour déterminer si les bases de données sont prêtes à recueillir, accepter et adapter les données provenant des dossiers de santé électroniques (DSE) et des dossiers médicaux électroniques (DME).
- Le Thésaurus canadien des diagnostics en médecine d'urgence a reçu la désignation de norme canadienne approuvée du Comité stratégique de l'Unité collaborative de normalisation d'Inforoute Santé du Canada; nous espérons que de nombreuses normes sur l'utilisation de données pour les besoins du système de santé de l'ICIS recevront à leur tour cette distinction.
- Nous avons mis à jour un sous-ensemble d'indicateurs pancanadiens des soins de santé primaires (SSP) pour favoriser la mesure uniforme de la performance. Nous avons créé deux ensembles de 30 indicateurs : un premier ensemble, établi du point de vue de la population, pour tenir compte des besoins relatifs à l'élaboration des politiques et à la planification, et un autre pour appuyer la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité.
- Sept provinces et un territoire (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador et les Territoires du Nord-Ouest) ont commencé la mise en œuvre de l'ensemble, ou d'une partie, de la *Norme pancanadienne relative au contenu du DME en lien avec les SSP* ou ont confirmé leur intention de le faire.
- Les cliniciens de trois provinces (Colombie-Britannique, Ontario et Nouvelle-Écosse) participent actuellement au Système de déclaration volontaire des soins de santé primaires (SDV SSP) et fournissent des données dépersonnalisées provenant de 260 médecins de famille (répartis dans 21 sites) et concernant environ 500 000 patients distincts. Cette activité nous aidera à mieux cerner la façon optimale de recueillir des données sur les soins primaires à l'échelle des cabinets médicaux et de les présenter dans des rapports.

Fournir des données plus exhaustives dans les domaines prioritaires

- En collaboration avec les intervenants, nous avons réalisé d'importants progrès au chapitre de l'expansion de nos systèmes d'information sur les soins autres que de courte durée. Terre-Neuve-et-Labrador a commencé à utiliser des outils d'évaluation des services hospitaliers et communautaires en santé mentale du RAI dans l'ensemble de la province. Elle a également commencé à utiliser un système d'information provincial sur les services à domicile, dont la mise en œuvre à l'échelle de la province est prévue en 2013-2014. En s'appuyant sur les travaux terminés dans une région, Terre-Neuve-et-Labrador commencera la mise en œuvre du SISLD en 2013, tout comme l'Alberta.
- Nous avons amélioré l'exhaustivité de nos données sur la rémunération des médecins en créant un nouvel indicateur : le paiement clinique brut moyen par médecin. L'indicateur combine les données sur la rémunération à l'acte et celles sur les autres modes de paiement.
- Les ministères de la Santé de l'Ontario et de la Saskatchewan, ainsi que Santé Canada, ont conclu des ententes de partage des données relatives au **Système national de déclaration des accidents et incidents (SNDAI)**. Nous avons travaillé en collaboration avec Action Cancer Ontario pour améliorer la collecte de données sur les incidents liés aux médicaments chimiothérapeutiques. En outre, des travaux sont en cours en vue de permettre la réception de données de systèmes provinciaux comme le B.C. Patient Safety and Learning System.
- La participation à la collecte des données sur les services d'urgence dans le **SNISA** a augmenté et nous recevons des données de 56 % des établissements de l'ensemble du Canada. Les établissements qui soumettent des données au SNISA peuvent tirer avantage d'une liste conviviale de termes cliniques pour améliorer l'efficacité et la qualité de la collecte des données.
- Nous avons simplifié les éléments de données du **Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)** et lancé un fichier minimal fondé sur les normes recommandées par l'International Society of Arthroplasty Registries. Le RCRA accepte dorénavant les données de l'Ontario et nous collaborons avec la Colombie-Britannique pour appuyer la mise en place à l'échelle provinciale d'une solution électronique pour la collecte obligatoire des données.
- Afin de dresser un portrait des coûts hospitaliers qui tienne davantage compte de la réalité de l'ensemble du pays, nous avons modifié la fonctionnalité de la **Base de données canadienne sur les coûts par patient (BDCCP)** et inclus les données financières du Québec dans la **Base de données canadienne SIG (BDCS)**. L'information du Québec est maintenant disponible au moyen de l'indicateur du coût par cas pondéré ainsi qu'à l'aide de l'**estimateur des coûts par patient**, récemment mis à jour.
- En collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, nous avons continué d'appuyer la mise en œuvre et l'utilisation du **modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS)** comme modèle de financement. Nous continuons également de collaborer avec les provinces et territoires, en leur offrant nos conseils sur l'élaboration et la mise en œuvre d'un modèle de financement fondé sur les activités de même que d'autres types de modèles de financement.

Tableau 1 : Exhaustivité des banques de données de l'ICIS au 31 mars 2013

Type de service	Banque de données	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	T.N.-O.	Nun.
Soins ambulatoires et de courte durée	Patients hospitalisés (BDCP/BDMH)						1							
	Chirurgie d'un jour (BDCP/SNISA/BDMH)						2							
	Service d'urgence	✔												
	Cliniques ambulatoires (SNISA)													
Soins spécialisés et de longue durée	BDSMMH													
	SIOSM*				✔						✔			
	SNIR													
	SISLD													
	SISD													
	RCITO							3		3	3		3	
	Fichier minimal du RNT													
	Fichier étendu du RNT													
	RCRA	4	4	4	✔		4	4	4		4	4	4	
	SCSSP													
Médicaments	SNIUMP	✔									✔			
	SNDAI	✔			✔	✔								
Main-d'œuvre	BDNM													
	BDIIA†													
	BDIIAA†													
	BDIIPA†													
	IP†													
	BDPS													
	BDE													
	BDPP													
	BDPT													
	BDTRM													
	BDTLM													
Dépenses de santé	BDDNS													
	BDCS													
	BDCCP	5	5			5								

Légende

✔ Indique une progression de la collecte de données comparativement à l'exercice précédent.

- Collecte de données complète
- Collecte de données partielle
- En cours de mise au point
- Discussions en cours
- Pas mise en œuvre
- Sans objet

Notes

* Le SIOSM comprend les données sur les soins aux patients hospitalisés en santé mentale des hôpitaux généraux et psychiatriques.

† Toutes font partie de la Base de données sur les infirmières et infirmiers (BDII).

Remarques

1. Le Québec soumet annuellement les données MED-ÉCHO, qui sont traitées et ajoutées à la BDCP pour créer la BDMH.
2. Les données du Québec sur les chirurgies d'un jour sont ajoutées aux fichiers de données de production combinés de la BDCP-BDMH. La BDMH constitue la référence appropriée pour ces données.
3. Dialyse rénale — pleinement mise en œuvre; transplantation d'organes — s. o.
4. La participation est volontaire. La collecte est par conséquent incomplète.
5. La Base de données canadienne sur les coûts par patient (BDCCP) est mise en œuvre dans un sous-ensemble d'organismes de soins de santé. La collecte de données est complète dans ce sous-ensemble.

Les données de l'ICIS...

permettent d'établir le coût réel des soins

La transplantation d'organes n'a rien de simple.

Outre l'intervention proprement dite, les soins préopératoires et postopératoires peuvent nécessiter une longue attente, sans compter les semaines, les mois ou les années consacrés aux analyses, aux évaluations, aux diagnostics et aux rapports de laboratoire.

Dans la base de données sur les transplantations de l'hôpital Sick Children de Toronto (site en anglais seulement), les enfants qui reçoivent des soins avant, pendant et après la transplantation sont tous considérés comme des patients actifs. Leur statut ne change que s'ils décèdent ou atteignent l'âge de 18 ans (ils sont alors considérés comme des patients adultes). Au cours des dernières années, le nombre d'enfants en attente d'une transplantation a connu une croissance constante, sans toutefois être équilibré par une proportion équivalente de personnes rayées de la liste. Il en a résulté un effet cumulatif sur les coûts.

« Le problème réside dans les mécanismes de financement qui, habituellement, visent seulement l'épisode où a lieu l'intervention [la transplantation] », indique Irene Blais, ancienne directrice de l'aide à la décision à l'hôpital Sick Children. « Mais le continuum des soins et les répercussions sur l'organisme qui en découlent ne sont pas pris en considération. »

Bien que certaines dépenses préopératoires et postopératoires soient subventionnées, la portée du financement n'est pas représentative du coût intégral du programme de transplantation et les taux de financement n'ont pas été revus depuis plusieurs années.

Pour en avoir le cœur net, M^me^ Blais s'est tournée vers les données intégrées et les systèmes d'établissement des coûts de l'hôpital. En illustrant les activités au-delà de la seule transplantation, l'équipe de soutien décisionnel a été en mesure de montrer que les facteurs d'accroissement des coûts et des activités augmentaient plus rapidement que le financement du ministère.

Méthode

L'équipe s'est d'abord penchée sur le système d'inscription de l'hôpital Sick Children, car il comprend tous les patients en attente d'une transplantation ainsi que les receveurs d'organes et les patients évalués. Ce faisant, elle a pu examiner le continuum des soins afin de saisir la portée entière des activités liées aux patients. Après avoir classé les données par groupe d'organes, M^me^ Blais a collaboré avec des équipes cliniques afin de mettre au point des protocoles cliniques indiquant la fréquence des visites rendues aux patients ainsi que les interventions et les tests subis par ces derniers, ce qui a permis de saisir la portée entière des activités.

L'équipe de soutien décisionnel a validé ces résultats en fonction du système global d'établissement des coûts par cas de l'établissement, qui repose sur 18 sources intégrées de données sur les finances, les diagnostics, la pharmacie, les laboratoires et la salle d'opération, entre autres. Ce système est si sophistiqué que M^me^ Blais a pu déterminer, à la minute près, le nombre d'heures consacrées quotidiennement à chaque patient par le personnel infirmier.

Parmi les 18 sources de données figurent également la BDCP et le SNISA de l'ICIS. La BDCP a enregistré les raisons pour lesquelles les patients retournaient à l'hôpital après avoir obtenu leur congé, qu'il s'agisse du rejet d'une greffe ou d'une question sans lien avec la transplantation, compte tenu des besoins complexes de ces patients. Les données du SNISA ont notamment indiqué à l'hôpital quels patients subissent une dialyse ou se retrouvent au service d'urgence.

« La BDCP et le SNISA sont incontournables, car il s'agit d'un point de départ pour mieux classer les patients et comprendre des groupes de patients précis », signale M^me^ Blais. « Sans ces bases de données, nous n'aurions pas connu la raison du retour des patients. »

Aperçu précis des coûts

Au moyen des données, M^me^ Blais et l'équipe ont été en mesure d'illustrer le coût réel des transplantations.

« Alors que la majorité des coûts (41 %) est consacrée aux patients hospitalisés, 33 % des soins sont dispensés en consultation externe », dit-elle. « Il s'agit d'un montant énorme dont ne tiennent pas compte les formes de financement actuelles. »

Tout ce qui dépasse la proportion de 41 % relève du budget global de l'hôpital, ce qui ajoute un fardeau supplémentaire étant donné le nombre croissant de patients en attente d'une transplantation.

L'hôpital Sick Children, après avoir présenté ces renseignements au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, a bénéficié d'un rajustement à son financement de base en matière d'infrastructure.

« Nous avons réussi à améliorer notre capacité d'influer sur le financement et nous espérons qu'à un moment donné, la méthodologie ainsi que les taux sur lesquels s'appuie le financement des transplantations seront revus », indique M^me^ Blais.

L'hôpital applique désormais ces pratiques aux analyses de rentabilisation dans l'ensemble du continuum des soins.

« Selon moi, grâce au processus de transformation des données en information, l'organisme est mieux renseigné », estime M^me^ Blais. « Ces conclusions s'appliquent à toutes les facettes de l'établissement, notamment les activités opérationnelles, l'amélioration des processus, la planification stratégique, la recherche et la gestion. Avec des données intégrées et fondées sur des preuves, nous pouvons améliorer notre prise de décision. »

Éclairer la prise de décisions relatives à la santé de la population et au système de santé

Dans l'ensemble du pays, la quantité et la qualité de l'information sur la santé à laquelle ont accès les décideurs ont beaucoup augmenté. Tout au long de l'année, nous nous sommes posé certaines questions : Quel rôle doit jouer l'ICIS? Comment ce rôle peut-il demeurer pertinent à une époque où l'information sur la santé s'obtient de plus en plus en un clic de souris? Quelles sont les lacunes en matière d'information que nous pouvons combler? Que demandent les intervenants?

Nous savons que nos clients respectent et apprécient les produits et les services de l'ICIS. Notre défi consiste à transformer rapidement les chiffres et les données complexes sur la santé en des données exploitables et faciles d'accès qu'il est possible de ventiler de manière à illustrer un contexte local.

L'an dernier, nous avons élaboré un plan analytique biennal en vue de nous assurer que nos produits et services permettent à nos clients d'avoir accès aux données et aux analyses dont ils ont besoin, au moment opportun et dans le format souhaité. Cette année, toujours en mettant l'accent sur les clients, nous avons lancé plus de 20 produits analytiques qui abordent des questions complexes telles que la pertinence des soins. Nous avons collaboré avec les intervenants pour accroître la portée et l'exhaustivité des analyses et des rapports tirés de toutes nos banques de données et améliorer la déclaration de données, pour une population en meilleure santé et de meilleures décisions relatives à la santé. Et, bien sûr, nous avons lancé notre nouvelle initiative sur la performance du système de santé (PSS). Voici un aperçu des résultats.

Produire des analyses pertinentes, appropriées et exploitables

- Toujours dans le but de répondre aux besoins changeants des intervenants, nous avons produit le dernier rapport de la série ***Les soins de santé au Canada***. Ce rapport relate l'expérience des personnes qui requièrent des soins dans l'ensemble du système de santé et souligne les stratégies fructueuses pour réduire les temps d'attente. En guise de complément au dernier rapport ***Les soins de santé au Canada***, nous avons également publié une ligne du temps interactive montrant le cheminement d'un patient en attente d'une arthroplastie du genou dans tout le continuum de soins.
- Pour favoriser une meilleure compréhension de l'information sur la santé et combler certaines lacunes, l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) a publié deux rapports sur les peuples autochtones : ***Soins hospitaliers en cas de crise cardiaque chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis*** et ***L'insuffisance rénale au stade terminal chez les peuples autochtones du Canada : traitements et résultats***. En outre, l'ISPC a entrepris une nouvelle analyse qui examine la planification du système de santé et la prise de décisions sous l'angle de la santé de la population.
- Le plus récent rapport ***Indicateurs de santé*** est axé sur le nouvel indicateur de mortalité évitable. Cet indicateur permet d'examiner les décès à l'hôpital qui auraient pu être évités grâce à des soins de santé rapides et efficaces et à la prévention des maladies. Selon le rapport, bien que les taux de décès évitables diminuent (ce qui donne à penser que la rapidité des soins de santé et la prévention des maladies ont une incidence positive), il reste encore beaucoup de points à améliorer. Le rapport ***Les Temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada, 2013*** a remporté un franc succès médiatique, la diffusion dans les médias ayant surpassé en nombre celle de tout autre produit de l'ICIS en 2012-2013.
- En juillet 2012, nous avons publié ***Cheminements cliniques des victimes d'accident vasculaire cérébral en Ontario***. L'étude fait état du cheminement des patients victimes d'un AVC dans le système de santé et met en lumière les cheminements les plus courants pour les patients, les points de transition pendant leur parcours et les points à améliorer.
- Conjointement avec le Partenariat canadien contre le cancer, nous avons produit ***Chirurgies pour le traitement du cancer du sein au Canada, 2007-2008 à 2009-2010***. Le rapport se penche sur l'utilisation de la chirurgie comme traitement du cancer primitif du sein invasif unilatéral. En favorisant une meilleure compréhension des tendances en matière de chirurgie, le rapport visait à améliorer les traitements ainsi qu'à viser de meilleurs résultats et une meilleure qualité de vie pour les femmes atteintes du cancer du sein.
- Notre publication annuelle du ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH) montre que la qualité des soins aux patients s'améliore partout au pays.
- ***Hospitalisations liées aux réactions indésirables aux médicaments chez les personnes âgées, de 2006 à 2011*** examine les facteurs de risque potentiels et les catégories de médicaments les plus souvent associées à des réactions indésirables. Il s'agissait de la première analyse utilisant des données du SNIUMP couplées à des données sur les sorties des hôpitaux.

Augmentation de notre portée : couverture médiatique en 2012-2013

Grâce aux 20 rapports importants qu'il a publiés cette année, l'ICIS a su retenir de manière exceptionnelle l'attention des médias, tant sur le plan du nombre de mentions que sur celui de la qualité des articles.

Tableau 2 : Meilleurs produits destinés aux médias selon le nombre de mentions dans les médias et la diffusion

Objet du produit destiné aux médias	Nombre total de mentions dans les imprimés et sur le Web	Diffusion en millions de lecteurs*
4 avril 2012 : **Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)**	161	20,6
24 mai 2012 : ***Indicateurs de santé 2012***	159	68,9
21 juin 2012 : Mise à jour sur les indicateurs dans les Statistiques éclair : accouchement et hospitalisation	120	16,7
11 octobre 2012 : ***Chirurgies pour le traitement du cancer du sein au Canada, 2007-2008 à 2009-2010***	124	19,4
30 octobre 2012 : ***Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2012***	203	34,9
15 novembre 2012 : ***Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2011***	165	21,3
29 novembre 2012 : ***Les soins de santé au Canada 2012 : regard sur les temps d'attente*** et ***Les personnes âgées et les niveaux de soins alternatifs : mettre à profit nos connaissances***	151	27,5
13 décembre 2012 : **Ratio normalisé de mortalité hospitalière, 2011-2012**	73	10,3
10 janvier 2013 : ***Infirmières réglementées : tendances canadiennes, 2007 à 2011***	45	8,9
22 janvier 2013 : ***Base des données nationale sur les médecins 2010-2011 — publication des données***	102	33,1
19 mars 2013 : ***Les temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada, 2013***	54	126,9
26 mars 2013 : ***Hospitalisations liées aux réactions indésirables aux médicaments chez les personnes âgées, de 2006 à 2011***	65	14,9

Remarque

* On entend par diffusion la portée des articles dans les imprimés et sur le Web.

Performance du système de santé

Des consultations pancanadiennes réalisées par l'ICIS ont révélé une certaine confusion à propos de la mesure de la PSS découlant du grand nombre d'organismes qui produisent des rapports à différentes échelles et de façon non coordonnée. Cette situation entraîne dans le système ce que certains intervenants qualifient de « chaos des indicateurs ».

L'an dernier, l'ICIS a commencé à réaliser un plan triennal ambitieux pour renforcer la production de rapports pancanadiens sur la PSS afin d'en accroître la transparence pour les Canadiens et d'offrir aux responsables de l'élaboration des politiques et aux gestionnaires du système davantage de précisions sur les variations en matière de performance. Notre objectif : produire des rapports sur la performance plus structurés et coordonnés, adaptés aux besoins de différents groupes, allant du grand public aux gestionnaires du système de santé et aux responsables de l'élaboration de politiques. Cette initiative repose sur plus de 10 ans d'expérience à l'ICIS en matière d'élaboration d'indicateurs et de production de rapports publics sur la performance.

L'initiative de l'ICIS sur la PSS comprend la réalisation de cinq volets de travail sur trois ans (2012 à 2015).

Tableau 3 : Volets de travail de l'initiative sur la performance du système de santé

Volet de travail	Objectif
Cadre de mesure de la performance du système de santé	Peaufiner le cadre des indicateurs de santé de l'ICIS et de Statistique Canada pour renforcer les données probantes, mieux l'harmoniser avec les priorités des provinces et des territoires et le rendre plus exploitable
Production de rapports publics interactifs	Concevoir des ensembles progressifs de rapports de mesure de la performance sur trois ans afin de répondre aux besoins en information du public, des dirigeants et gestionnaires du système de santé et des responsables de l'élaboration des politiques
Environnement analytique intégré	Intégrer nos solutions d'exploitation des données afin que les gestionnaires et les cliniciens puissent avoir accès aux données en mode descendant et comprendre les facteurs déterminants de la performance
Recherche et analyse	Harmoniser davantage le programme de recherche et d'analyse de l'ICIS et les priorités des provinces et des territoires en matière d'amélioration, et accentuer la collaboration avec les partenaires clés
Renforcement des capacités	Organiser, en partenariat avec des organismes de santé, des ateliers favorisant l'utilisation des données sur la PSS et la mise en commun des pratiques exemplaires

En 2012-2013, l'ICIS a terminé une version préliminaire du nouveau Cadre de performance du système de santé et l'a fait connaître à un grand nombre de ses partenaires de la santé à des fins de consultation. Nous avons reçu des commentaires positifs et constructifs, et la version définitive du cadre devrait être publiée durant le nouvel exercice financier.

Nous avons également commencé à élaborer un site Web sur la PSS à l'intention du grand public et des patients. Pour vous faire connaître les aspects de la performance qui suscitent le plus grand intérêt chez les Canadiens, une consultation publique en ligne et en personne a été menée auprès de plus de 3 000 Canadiens en février 2013. Les résultats de cette consultation orienteront la conception d'un site Web public dont le lancement est prévu à l'automne 2013. Nous prévoyons également créer des sites Web connexes qui répondront aux besoins en information des gestionnaires régionaux du système de santé ainsi que des dirigeants d'établissements de soins de courte et de longue durée.

Nous avons aussi commencé un travail de renforcement des capacités des intervenants à utiliser les outils et les données sur la PSS. Des ateliers personnalisés, destinés aux gestionnaires et aux analystes du système de santé du Canada atlantique, sont présentement en chantier. Ils devraient avoir lieu à l'automne 2013. De plus, nous organisons une Conférence des utilisateurs de données sur la santé à Vancouver ce printemps et sommes à planifier des ateliers sur la mesure de la PSS dans le cadre d'autres conférences importantes, notamment la Conférence nationale sur le leadership dans les soins de santé.

Offrir des produits, des services et des outils de pointe pour appuyer la gestion de la performance

- En mars 2013, nous avons publié des données à jour sur la performance des hôpitaux dans le cadre du Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC). L'outil, qui comprend des données recueillies auprès de plus de 600 établissements de soins de courte durée, permet aux hôpitaux de consulter leurs résultats dans 21 secteurs cliniques et 6 secteurs financiers, et de mesurer leur performance par rapport à des établissements semblables. Ainsi, ils peuvent apprendre les uns des autres et mettre en commun leurs pratiques exemplaires.
- Dans le cadre des initiatives sur la PSS et l'intégration des rapports électroniques, nous examinerons des façons moins classiques de fournir de l'information pancanadienne, exhaustive et fiable.
- Dans la foulée de notre initiative sur la PSS, nous avons achevé nos travaux de consultation publique et entrepris l'élaboration d'un site Web sur la PSS à l'intention du grand public. Nous avons entamé des discussions sur la faisabilité d'une formation sur la PSS pour mieux comprendre et utiliser les données sur la PSS afin d'améliorer la performance à l'échelle du pays.
- Nous avons terminé l'analyse des comparaisons entre le Canada — et les provinces — et d'autres pays en ce qui a trait à certains indicateurs de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Les données comparatives, qui seront publiées en octobre 2013, permettront de mieux comprendre notre système de santé, en mettant en relief ce qui fonctionne bien ainsi que les points à améliorer sur le plan des comparaisons internationales.

Répondre aux besoins émergents tout en prenant en considération le contexte local

- Pour mieux cerner la question des ressources humaines de la santé, nous avons établi des partenariats avec les ministères de l'Éducation de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador afin de recueillir directement l'information dont ils disposent sur le personnel de la santé. Nous avons également ajouté trois nouveaux groupes de professionnels (ambulanciers paramédicaux, assistants dentaires et opticiens) à la Base de données sur le personnel de la santé (BDPS).
- Les données du Québec ont été incluses dans le RNMH pour la première fois cette année, ce qui a permis de brosser le portrait le plus complet à ce jour sur la mortalité hospitalière au Canada.
- À la suite de la diffusion du PPRHC 2012, nous avons tenu des consultations dans l'ensemble du Canada. Nous avons communiqué avec des personnes à divers échelons du système de santé pour déterminer leurs besoins en information et évaluer dans quelle mesure nous répondons à ces besoins. Les leçons tirées de ces consultations et de l'évaluation du PPRHC guideront les prochaines étapes du programme sur la PSS.
- Nous avons élargi la collecte de données du SNIUMP en ajoutant six trimestres de données rétrospectives sur les Premières Nations, ce qui bonifie la banque d'information sur les médicaments d'ordonnance chez les peuples autochtones.

Travaux collaboratifs

Nos bureaux régionaux réussissent très bien à déceler des occasions d'adapter nos données et produits dans le but de répondre aux besoins de leur région. Nous poursuivons notre collaboration avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec divers organismes en vue d'améliorer le cheminement des données, l'adoption de nos bases de données et les comparaisons entres les provinces et territoires, tout en limitant le chevauchement des tâches. Voici certaines des réalisations de la dernière année :

- Étude pancanadienne, à l'intention du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, sur les tarifs que devraient payer les personnes qui vivent dans un établissement de soins en hébergement. L'étude vise à évaluer la méthode d'établissement des tarifs.
- Collaboration avec l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux pour évaluer la faisabilité de l'utilisation des données sur la facturation pour le calcul d'indicateurs liés aux interventions coronariennes percutanées.
- Planification, en collaboration avec Qualité des services de santé Ontario, d'un sommet sur les mesures de la performance des soins de santé primaires qui vise à coordonner et à améliorer les efforts de mesure à l'échelle de la province.
- Discussion avec le Newfoundland and Labrador Centre for Health Information sur l'élaboration de trois études de recherche (sur le diabète, l'obésité et les médicaments administrés aux personnes souffrant de troubles psychiatriques) au moyen des DSE actuels. Les études viseront principalement à déterminer les problèmes relatifs à l'utilisation secondaire des données des DSE.
- Collaboration avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients, région de l'Atlantique, pour organiser l'événement Partage de connaissances de l'Atlantique, qui se tiendra à Moncton en 2013. L'événement est financé par les ministères de la Santé des quatre provinces de l'Atlantique.
- Deux rencontres pour des projets pilotes avec des représentants de l'Alberta et de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits afin de préparer la soumission et la déclaration de données au Système d'information sur les services à domicile (SISD).
- Consultations avec l'Assemblée des Premières Nations, l'Inuit Tapiriit Kanatami, le Ralliement national des Métis, Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, des chercheurs sur la santé des Autochtones et d'autres intervenants au sujet de deux rapports sur les peuples autochtones au Canada publiés en 2012-2013 : ***Soins hospitaliers en cas de crise cardiaque chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis*** et ***L'insuffisance rénale au stade terminal chez les peuples autochtones du Canada : traitements et résultats***. Ces consultations visaient à stimuler la participation de tous les intervenants à la conception, la création du contenu et la diffusion des rapports, à tenir les intervenants au courant de toute question pertinente et à assurer une approche concertée.
- Soutien du travail des dirigeants des régies régionales de l'Ouest du Canada par la production d'indicateurs comparables. Les dirigeants des grandes régies régionales se réunissent régulièrement. Nous leur fournissons carte de pointage contrenant des indicateurs, ce qui leur permet aux de comparer les performances et d'appuyer les mesures d'amélioration.
- Collaboration avec les administrateurs et les dispensateurs de services de l'Ouest du Canada pour former un groupe d'experts dans les régions peu peuplées. Le groupe permet aux cliniciens et aux administrateurs travaillant dans des régions rurales et éloignées de faire

connaître à l'ICIS leurs besoins particuliers en matière de données et les défis qu'ils doivent relever. Ensemble, nous avons réalisé des études sur la réalité des femmes qui donnent naissance dans les régions rurales du Canada et les entrées et sorties des services dans ces régions. Nous avons également réalisé ensemble une étude qui examine les services hospitaliers pour traiter la carie dentaire chez les jeunes enfants.

- Nous avons travaillé au renforcement des capacités pour une meilleure utilisation des données dans l'Ouest du Canada en donnant aux cliniciens et aux administrateurs un accès aux méthodologies de l'ICIS et en offrant une formation sur l'utilisation des données à l'Université de Victoria.

Événements parrainés ou organisés par l'ICIS et relations externes

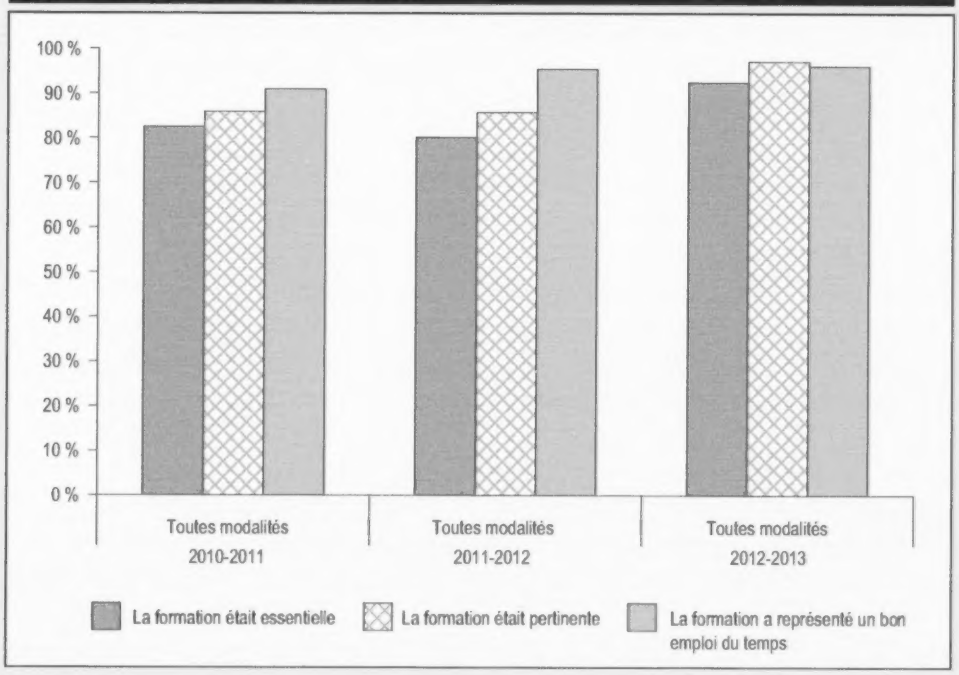
Pour améliorer la compréhension et l'utilisation de nos produits et services, nous avons organisé et appuyé plusieurs conférences nationales et internationales, et y avons participé. Mentionnons entre autres :

- 11th International Congress on Nursing Informatics (11e Congrès international sur l'informatique infirmière)
- Conférence annuelle 2012 de l'ACCSP
- Congrès biennal 2012 de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada
- Conférence de l'Association des gestionnaires de l'information de la santé du Québec
- BC Patient Safety and Quality Council Quality Forum (Forum sur la qualité du Conseil sur la sécurité des patients et la qualité des soins de la Colombie-Britannique)
- Conférence de l'Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé
- Conférence annuelle de l'Association canadienne des technologues en radiation médicale
- Conférence annuelle de l'Association canadienne des ergothérapeutes
- Assemblée annuelle de l'Association canadienne d'orthopédie
- Conférence 2012 de l'Association canadienne de santé publique
- Conférence annuelle de la Community Heath Nurses Association of Canada (Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire)
- e-Health 2012
- Forum en médecine familiale 2012
- Conférence des utilisateurs de données sur la santé 2012
- Information Technology and Communications in Health 2013 (Technologie de l'information et communications en santé 2013)
- Conférence interRAI 2012
- LABCON 2012 (Conférence nationale de la Société canadienne de science de laboratoire médical)
- Conférence nationale sur le leadership dans les soins de santé 2012
- Salon HealthAchieve 2012 de l'Association des hôpitaux de l'Ontario
- Saskatchewan Health Care Quality Summit (Sommet sur la qualité de la Saskatchewan Health Care)
- Congrès scientifique annuel de l'Association canadienne de traumatologie

Favoriser la compréhension et l'utilisation au moyen de la formation

Puisque nous sommes spécialistes des données, nous les recueillons et les fournissons. Mais les données ne sont d'aucune utilité si elles ne sont pas faciles d'accès, exhaustives et exploitables. S'il est essentiel de recueillir des données, nous devons aussi nous assurer que les intervenants arrivent à les comprendre et à les utiliser. C'est pourquoi nous offrons toute une gamme de produits de formation pour favoriser la compréhension et l'utilisation de nos données, nos outils et nos services. Les produits de l'ICIS favorisent également une culture de qualité des données, tant à l'interne qu'à l'externe.

Figure 1 : Évaluation de la formation



Remarque

L'expression « Toutes modalités » renvoie aux produits de formation offerts sous forme d'ateliers en personne, de conférences Web et de cours d'autoapprentissage.

Les données permettent...

de souligner les taux de décès attribuables à une crise cardiaque

Pour un centre régional de soins cardiaques, le taux de décès est une préoccupation importante.

C'est pourquoi le Système de santé Rouge Valley, en Ontario, a été surpris par les taux élevés de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (IAM) publiés dans le premier rapport du **PPRHC** en avril 2012.

Si les taux de décès dus à une crise cardiaque de Rouge Valley étaient meilleurs que les moyennes nationale et provinciale durant les deux premières années de saisie des données, ces taux ont augmenté au cours des deux dernières années et sont désormais « pires que la moyenne ».

« Nous avons été très surpris de cette situation », indique Rik Ganderton, président-directeur général de Rouge Valley. « Nous avions l'impression que tout allait assez bien, mais au cours de la dernière année, nos résultats n'ont pas été très impressionnants. Nous nous sommes franchement demandé ce qui s'était passé. »

Le PPRHC est axé sur la mesure de la performance en soins de courte durée. Il repose sur 30 indicateurs cliniques et financiers comparables à l'échelle nationale dans chaque hôpital au pays. Ces indicateurs sont mis en contexte, notamment grâce à des profils d'hôpitaux, ce qui permet aux utilisateurs de mieux comprendre leurs résultats. Le premier rapport du projet a été diffusé en avril 2012 et comprenait les données des exercices 2007-2008 à 2010-2011.

Pour de nombreux autres indicateurs, Rouge Valley affichait un résultat égal ou supérieur à la moyenne. Le personnel, a souligné M. Ganderton, est à examiner chacun des indicateurs pour lesquels leur performance était inadéquate afin de trouver des stratégies d'amélioration.

« Pour certains indicateurs, les données sont de piètre qualité, ce qui est problématique, et dans d'autres cas, le problème se pose du côté des processus. Nous avons de la difficulté à traiter certains groupes de patients. Nous ne pouvons cependant résoudre tous les problèmes, faute de temps ou de ressources. »

Ce n'est pas le cas des IAM. Bien qu'il existe de nombreuses mesures de la performance dans un hôpital et que les taux de décès élevés auraient été découverts tôt ou tard, M. Ganderton confirme que le PPRHC a permis à son organisme de voir les données sous un autre angle.

« Les chiffres ne nous avaient jamais sauté aux yeux de cette manière auparavant. Il s'agit donc d'un des domaines que nous examinerons activement, déclare-t-il. Nous avons étudié tous les cas de décès dans les 30 jours suivant un IAM. »

Il précise que, selon les résultats de l'étude, un plan d'action sera élaboré pour traiter ce problème.

« Le problème semble se poser à plusieurs niveaux. Nous croyons avoir trouvé des problèmes de codification, mais nous ne sommes pas sûrs que ce soit la seule cause. »

Après la diffusion du rapport du PPRHC, M. Ganderton a rédigé un article dans son blogue (en anglais) pour discuter des résultats de Rouge Valley. Il n'y a pas si longtemps, ce genre de franchise et de transparence en soins de santé en aurait surpris plus d'un.

« Il s'agissait d'un rapport actuel et pertinent. Ça m'a vraiment frappé », déclare M. Ganderton dans son blogue. « Je crois qu'un changement de culture s'opère dans mon organisation. Néanmoins, je n'oserai pas dire qu'il s'est étendu à l'ensemble du système. »

Bien que la prolifération de l'information diffusée au grand public soit une bonne chose, M. Ganderton soutient que les dirigeants risquent de devenir responsables d'aspects si nombreux du domaine public qu'ils ne pourront plus les gérer.

« Je crois que les gens oublient souvent l'ampleur des efforts nécessaires et le grand nombre de personnes qui doivent participer au changement d'un seul indicateur, précise M. Ganderton. Nous devons donc nous montrer sélectifs, sinon nous ne réussirons pas. »

Cela dit, il est d'avis que le PPRHC est un exercice utile.

« Je crois que toute forme de prise de décisions fondées sur des données probantes constitue une amélioration. »

Atteindre l'excellence organisationnelle

La qualité constitue l'axe de notre organisme : elle touche les données, les analyses et, plus important encore, les personnes. Les réalisations dont fait état le présent rapport sont l'œuvre du personnel talentueux, dévoué et créatif qui est au cœur même de notre organisme. C'est pourquoi, dans le but de demeurer un employeur de choix, nous avons adopté des pratiques d'embauche, de rémunération et de gestion qui favorisent le maintien en poste du personnel. À cette fin, nos nouveaux objectifs stratégiques visent à offrir au personnel de l'ICIS les défis à relever et les occasions d'apprentissage et de croissance dont il a besoin. Soucieux de favoriser un environnement d'amélioration continue, nous encourageons notre personnel à mettre au point, en toute transparence et responsabilité, des outils et des approches qui augmentent la valeur et l'efficience de notre organisation. Voici un aperçu des réalisations de cette année favorisant l'excellence organisationnelle.

Promouvoir l'apprentissage continu et le développement professionnel

- Pour améliorer les compétences sur le plan du leadership, nous avons mis en œuvre le cadre LEADS (être son propre leader, engager les autres, atteindre des résultats, développer des coalitions et transformer les systèmes) à l'échelle de l'organisme. De nouveaux cours ont été choisis, harmonisés avec le cadre LEADS et intégrés au programme d'apprentissage et de perfectionnement professionnel de l'ICIS.
- L'enquête menée auprès des principaux intervenants a fait ressortir que le service à la clientèle de première ligne gagnerait à être amélioré. Le groupe de travail sur les normes de service à la clientèle a donc élaboré un ensemble de normes de service visant à créer une expérience client positive dans l'ensemble de l'organisme. Ces normes ont été mises en œuvre à l'échelle de l'ICIS, et tout le personnel a suivi la formation obligatoire sur leur utilisation.

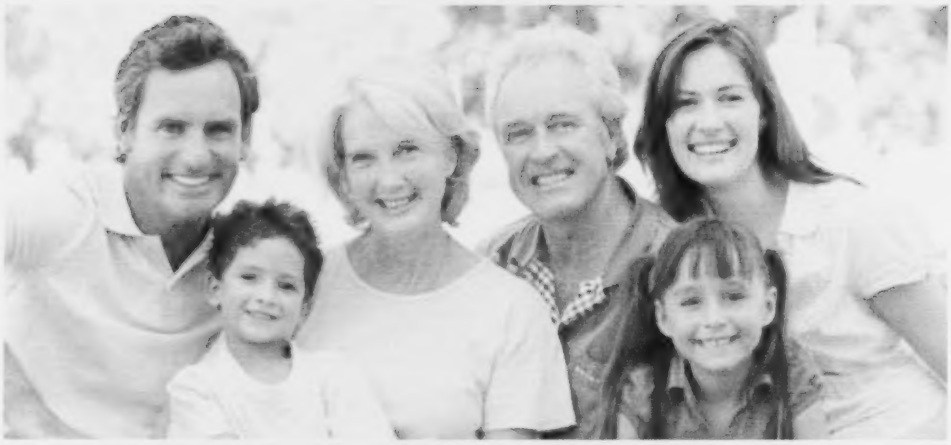
- Pour renforcer notre engagement à offrir un milieu de travail exempt de harcèlement, d'intimidation et de discrimination, nous avons tenu une série d'ateliers de formation sur le respect en milieu de travail. Les ateliers visaient à bien faire connaître les procédures et les politiques mises en place pour résoudre les conflits en milieu de travail de même que des méthodes structurées et non structurées de résolution de conflits.

Adopter une culture de l'innovation

- Afin que les provinces aient accès à des données comparatives, nous avons ajouté de l'information de 2012 à notre outil Web interactif sur les temps d'attente. L'outil, qui a reçu plus de 10 000 visites l'an dernier, affiche cinq années de données provinciales comparables. Il permet d'établir les tendances au fil du temps et de consulter rapidement des renseignements sur la performance.
- Poursuivant nos efforts en matière d'innovation, nous avons travaillé à la mise au point d'une application mobile avec le Collaborative for Excellence in Healthcare Quality (CEHQ). L'application, qui comprend des indicateurs du PPRHC, permettra aux membres du CEHQ d'examiner la performance de leur hôpital selon huit indicateurs cliniques et financiers, peu importe où ils se trouvent et en tout temps. L'application a été lancée en avril 2013.
- Pour faire suite aux commentaires de nos clients sur la recherche d'informations sur notre site Web, nous avons entrepris en septembre 2012 un projet d'amélioration du contenu et des capacités de recherche du site Web de l'ICIS. Ce projet, dont la première phase a pris fin en avril 2013, permettra à nos clients de rechercher, de trouver et de comprendre plus facilement l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées.
- Pour offrir une valeur ajoutée à nos clients et réduire au maximum le gaspillage, nous avons effectué des essais pilotes d'un programme de rationalisation (Lean) dans quelques sections de notre organisme. Ces essais pilotes ont révélé qu'il est possible d'apporter de réels changements à des processus bien ancrés en habilitant le personnel à faire ces changements. D'importantes améliorations ont également été apportées au temps de traitement dans le cadre de toutes les initiatives pilotes. Nous sommes actuellement à mettre en œuvre de nouvelles initiatives de rationalisation et de formation du personnel.

Accroître la transparence et la responsabilisation

- À titre d'organisme axé sur les données, nous mesurons toute l'importance de pouvoir évaluer nos progrès. Voilà pourquoi nous avons élaboré un nouveau cadre de mesure de la performance pour l'organisme ainsi que les indicateurs s'y rattachant. Ce cadre permettra d'évaluer dans quelle mesure nous atteignons nos objectifs généraux et nous respectons nos priorités.
- Forts de notre approche concertée quant à l'engagement des intervenants, nous avons revu notre politique d'embargo pour permettre la prolongation de l'accès sous embargo au besoin.
- Après deux années d'existence, notre bulletin électronique bilingue *Oasis* (*Land* en anglais) compte plus de 1 300 abonnés. On y explique comment sont utilisées les données pour améliorer les soins de santé dans toutes les facettes du système de santé.
- Pour favoriser une plus grande ouverture et accroître la transparence, nous avons volontairement divulgué au gouvernement de l'Ontario de l'information sur les salaires. Les salaires supérieurs à 100 000 $ ont été publiés sur le site Web du gouvernement dans le cadre de la Divulgation des traitements dans le secteur public 2013.



Résultats du sondage auprès des intervenants

En juin 2012, l'ICIS a demandé à Harris Decima de mener auprès des intervenants un sondage visant à évaluer leur satisfaction à l'égard des produits, des services et de la performance de l'ICIS. Près de 600 intervenants ont répondu au sondage.

Les conclusions générales ont été encourageantes : des résultats positifs et de plus en plus favorables ont été constatés dans plusieurs domaines. Nous sommes perçus par nos clients comme une source d'information fiable, neutre et indépendante. Les clients apprécient l'information que nous leur fournissons et ont clairement exprimé qu'elle contribue à orienter les politiques en matière de santé et qu'elle favorise la prestation efficace et efficiente des services de santé dans l'ensemble du Canada.

Un léger déclin a toutefois été observé dans les résultats relatifs à la pertinence de nos données, de nos analyses et de nos services. Les intervenants ont affirmé avoir besoin de produits et services exploitables et actuels qui intègrent davantage les données de différents secteurs du système de santé. Ils ont également déclaré que nos données et analyses sont plus utiles à l'échelle pancanadienne que régionale. Bien qu'un nombre croissant d'utilisateurs consultent notre site Web, ils trouvent difficile d'y naviguer et d'y faire des recherches. Le taux de satisfaction à l'égard de nos services de soutien à la clientèle a par ailleurs baissé légèrement; les intervenants ont indiqué qu'ils accueilleraient favorablement une participation plus directe de l'ICIS.

À la suite du sondage, les recommandations suivantes ont été approuvées par le Conseil d'administration :

- organiser un plus grand nombre d'activités de sensibilisation et de participation, ou améliorer celles qui existent déjà, surtout avec les principaux intervenants;
- mieux cibler les services de soutien aux principaux intervenants;
- se concentrer sur les produits et services ayant des incidences à l'échelle provinciale ou territoriale;
- mettre davantage l'accent sur la pertinence des données, des analyses et des services;
- examiner et améliorer la présence en ligne de l'ICIS.

Les chirurgies pour le cancer du sein : des données à l'action

La **Saskatchewan Surgical Initiative (SSI)** (site en anglais seulement) est un programme quadriennal dont l'objectif est de réduire de trois mois les temps d'attente pour une chirurgie d'ici 2014. Son but est d'améliorer l'expérience des patientes qui subissent une intervention chirurgicale.

Pour ce faire, la SSI a regroupé des professionnels de la santé (et même des patientes) de toutes les régions de la province afin de comprendre la grande variation des taux de chirurgie révélée par les statistiques. Elle cherche ainsi à savoir dans quelle mesure les choix de traitement influent sur cette variation et si des écarts existent dans la qualité des soins.

La SSI avait déjà accès aux données sur la santé de sa propre province pour ses analyses. L'automne dernier, elle a pu tirer parti de nouvelles statistiques révélatrices fournies par un rapport de l'ICIS sur les chirurgies pour le cancer du sein. Produit en collaboration avec le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC), ce rapport compare les taux de mastectomies avec les taux de chirurgies conservatrices du sein (tumorectomies), les taux de réexcisions ainsi que les taux d'autres chirurgies et complications. Il a dévoilé de grandes variations dans les types de chirurgies du cancer du sein pratiquées d'un bout à l'autre du pays.

Soixante-cinq pour cent

Le Dr Peter Barrett, médecin principal de la SSI, indique que peu après la publication du rapport, l'initiative a mis sur pied un groupe de travail sur les mastectomies chargé exclusivement d'étudier les données de l'ICIS. Selon lui, les variations significatives constatées par le rapport ICIS-PCCC que l'on ne pouvait expliquer semblaient indiquer un problème de qualité des soins. « En Saskatchewan, cette question a suscité un vif intérêt », dit le Dr Barrett, un ancien membre du Conseil d'administration de l'ICIS.

Voici ce qui a le plus intéressé le groupe de travail : un taux brut de mastectomies de 65 % en Saskatchewan, le deuxième au pays après celui de Terre-Neuve-et Labrador (69 %). (Le taux de mastectomies variait grandement au Canada; au Québec, il était aussi bas que 26 %.) Le groupe s'est aussi penché sur les variations entre les régions et les établissements.

Les chirurgiens spécialistes du cancer du sein qui formaient le groupe de travail provenaient de toute la province et ils étaient motivés et déterminés à trouver des réponses. Les premières explications qu'ils ont trouvées concernaient les conclusions du rapport, notamment que la localisation d'un centre de chirurgie pourrait avoir une incidence sur les choix de traitement d'une patiente. Cette explication n'était toutefois pas convaincante : avec un taux brut de mastectomies de 36 %, la situation était très différente au Manitoba, la province voisine.

« Comment expliquer que la Saskatchewan enregistre le deuxième taux le plus élevé et que celui du Manitoba est beaucoup plus bas, alors que ces deux provinces sont voisines et ont la même géographie? » demande le Dr Barrett. Faute de trouver des explications précises, le groupe s'est lancé à la recherche de réponses.

Pourquoi?

Il s'agit de la perpétuelle question. Pour déterminer ce qui motive les choix de traitement des patientes atteintes du cancer — question inspirée en partie par le rapport ICIS-PCCC —, l'Université de la Saskatchewan a entrepris de mener une étude. Cet été, elle fera des entrevues avec les patientes afin de lever un coin du voile sur les facteurs qui poussent les patientes à choisir une mastectomie ou une chirurgie conservatrice du sein.

Pour le Dr Barrett, « il sera fascinant de découvrir pourquoi les patientes choisissent un traitement du cancer du sein plutôt qu'un autre. Il pourrait exister toute une foule de raisons auxquelles nous n'avons jamais pensé. »

Il ajoute que sous peu, les données deviendront incontournables. Lui-même un chirurgien accompli, il suggère que le système adopte une nouvelle démarche : au lieu de se limiter à financer davantage d'interventions chirurgicales, qu'il s'efforce de raccourcir les listes d'attente.

« Nous n'accordons pas assez d'attention à la mesure des résultats déclarés par les patientes », dit-il. « Ces mesures favorisent la prise de décisions communes. Elles aident à montrer aux patientes les résultats et les étapes auxquels elles peuvent s'attendre selon le traitement choisi. »

Il s'agit sans aucun doute des informations qui intéressent en premier lieu les patientes atteintes du cancer du sein au moment de choisir un traitement qui va changer leur vie. Comme l'illustre le rapport, l'approche du Canada est loin d'être uniforme à cet égard.

Confidentialité et sécurité des données

Peu importe le projet sur lequel nous travaillons, nous sommes déterminés à protéger la confidentialité des données et à assurer la sécurité des renseignements personnels sur la santé au sein de notre organisme. Nous nous voyons confier des données de nature délicate; c'est là une responsabilité que nous prenons au sérieux.

En vue de protéger nos données, nous nous sommes dotés d'un programme complet de respect de la vie privée et de sécurité, lequel est régi par un cadre global fondé sur les pratiques exemplaires de gestion du respect de la vie privée et de la sécurité de l'information qui ont cours dans les secteurs public, privé et de la santé. Il comprend un solide ensemble de politiques, de procédures et de protocoles en matière de respect de la vie privée et de sécurité de l'information. Nous sommes désignés comme entité prescrite en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, de l'Ontario. Les dépositaires de l'information sur la santé de l'Ontario, comme le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les hôpitaux et les médecins, ont ainsi le droit de nous divulguer des renseignements personnels sur la santé sans l'autorisation des patients aux fins d'analyse ou de compilation de données statistiques pour la planification et la gestion du système de santé. Cette désignation ainsi que les obligations strictes qui en découlent garantissent à nos partenaires que nos politiques en matière de respect de la vie privée et de sécurité respectent les normes les plus rigoureuses qui soient en matière de protection des renseignements de nature délicate.

Sécurité de l'information et ISO 27001

Les travaux entourant le projet de demande de certification ISO 27001 auprès de l'Organisation internationale de normalisation (ISO) ont commencé. La norme ISO 27001, publiée par cette même organisation, touche la sécurité de l'information. Ce projet vise à concevoir et à mettre en œuvre à l'ICIS un système de gestion de la sécurité de l'information (SGSI) conforme à la norme ISO 27001, ainsi qu'à préparer l'ICIS à déposer une demande de certification ISO pour le SGSI au cours de l'exercice 2013-2014.

Perspectives d'avenir

Nous venons de faire état de nos réalisations de l'an dernier, et nul doute qu'il y a lieu de tirer de précieuses leçons de cette rétrospective. Toutefois, s'il est une leçon à retenir à coup sûr, c'est que nous devons demeurer un organisme avant-gardiste pour répondre aux besoins changeants de notre clientèle.

Alors que se profile à l'horizon le 20e anniversaire de l'ICIS, nous demeurerons centrés sur nos priorités stratégiques et poursuivrons nos efforts afin de maximiser la contribution de l'information sur la santé à la prise de décisions relatives aux soins de santé au moyen d'un éventail d'outils et de stratégies.

Pour accroître l'exhaustivité, la qualité et la disponibilité des données, nous saurons

- continuer d'améliorer l'infrastructure et les processus pour offrir des rapports électroniques dans tous les domaines de la santé;
- mettre en œuvre des initiatives visant à améliorer l'actualité et l'accessibilité des données et fournir de l'information axée sur les patients et intégrée à tous les secteurs de la santé;
- appuyer l'initiative du SCSSP et accroître l'accès à l'information dans nos banques de données;
- orienter les principaux composants d'une vision pancanadienne pour une utilisation efficace des DSE et améliorer l'information sur les SSP;
- améliorer nos données sur la rémunération des médecins et accroître l'information sur le financement des soins de santé.

Pour éclairer la prise de décisions relatives à la santé de la population et au système de santé, nous saurons

- mettre en œuvre un plan analytique axé sur les priorités des décideurs du secteur de la santé;
- renforcer les capacités de manière à utiliser les données et l'information sur la santé pour la prise de décisions;
- réaliser une initiative sur la PSS qui répond aux besoins du grand public, des gestionnaires du système de santé et des responsables de l'élaboration des politiques;
- combler les lacunes liées à la mesure de la performance en matière d'efficacité et de productivité du système de santé et appuyer les initiatives de comparaison internationale et d'analyse comparative;
- resserrer les partenariats pour mieux comprendre les priorités des intervenants et pour entreprendre des initiatives locales ciblées.

Pour atteindre l'excellence organisationnelle, nous saurons

- renforcer davantage les capacités pour améliorer le leadership à l'échelle de l'organisme;
- partager les connaissances et promouvoir l'adoption de pratiques exemplaires tout en multipliant les occasions de formation et de perfectionnement professionnel;
- mettre en œuvre un programme de sensibilisation à l'innovation et réunir les conditions propices à l'innovation à l'échelle de l'ICIS;
- lancer un nouveau plan d'activité triennal et améliorer notre responsabilisation au moyen du nouveau cadre de mesure de la performance;
- améliorer les normes de sécurité de l'ICIS;
- mener des sondages auprès des employés pour déterminer le degré de participation et de satisfaction du personnel.

Outre les priorités indiquées ci-dessus, nous continuerons d'améliorer nos processus, nos systèmes de technologies de l'information et nos outils électroniques pour veiller à ce que nos programmes continus et nos fonctions de base soient exécutés de la manière la plus efficiente et efficace qui soit.

Analyse de la direction

La présente section donne un aperçu de nos activités et une explication de nos résultats financiers; elle devrait être lue conjointement avec les états financiers figurant dans le présent rapport annuel. Conformément aux Normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif, la préparation des états financiers de même que l'intégrité et l'objectivité des données qu'ils contiennent relèvent de la direction. À cette fin, nous concevons et maintenons des systèmes de contrôles internes pour avoir l'assurance raisonnable que notre information financière est fiable, qu'on peut y avoir accès en temps opportun, que nos actifs sont protégés et que nos activités sont exécutées efficacement.

Le Conseil d'administration s'acquitte de ses fonctions en matière de surveillance par l'entremise du Comité des finances et de la vérification (CFV), formé de directeurs qui ne sont pas employés par l'organisme. Les vérificateurs externes, Ernst & Young, s.r.l./S.E.N.C.R.L., effectuent une vérification indépendante conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada et expriment une opinion sur les états financiers. Les vérificateurs externes rencontrent régulièrement la direction et le CFV et jouissent d'un accès complet et libre au CFV, en présence de la direction ou non. Le CFV examine les états financiers et les recommande aux fins d'approbation par le Conseil d'administration. Pour 2012-2013 et les années antérieures, les vérificateurs externes ont émis des opinions sans réserve.

La présente section contient des énoncés prospectifs fondés sur des hypothèses actuelles et sujets à des risques et incertitudes connus et inconnus, ce qui peut faire en sorte que les résultats réels soient substantiellement différents de ceux divulgués.

L'ICIS reçoit la plus grande partie de son financement des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux et du gouvernement fédéral selon un modèle de partage proportionnel. Alors que la proportion de fonds reçus de ces deux ordres de gouvernement a évolué au fil des ans, elle est restée relativement stable au cours des dernières années. Le programme de travail permanent lié à nos fonctions principales et à nos initiatives prioritaires clés est géré en fonction des sources de revenus annuels totaux, soit environ 110 millions de dollars en moyenne entre 2009-2010 et 2012-2013.

Tableau 4 : Profil du revenu annuel

Sources de revenus annuels (en millions de dollars)*	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2012-2013	2013-2014
	Réel	**Réel**	**Réel**	**Prévu**	**Réel**	**Prévu**
Gouvernement fédéral	88,4 $	89,6 $	86,6 $	81,7 $	83,0 $	79,3 $
Gouvernements provinciaux et territoriaux	15,9 $	16,4 $	16,4 $	16,7 $	16,7 $	17,1 $
Autres†	3,2 $	4,8 $	8,0 $	7,2 $	8,5 $	4,5 $
Sources de revenus annuels totaux	107,5 $	110,8 $	111,0 $	105,6 $	108,2 $	100,9 $

Remarques

* Ne comprend pas les apports reportés pour l'amortissement des immobilisations et des coûts du régime de retraite.

† Comprend les contributions des gouvernements provinciaux et territoriaux et d'organismes destinées aux programmes et projets ponctuels ou spéciaux, de même que les avantages incitatifs expressément reçus en 2012-2013.

Depuis 1999, dans le cadre des accords de contribution et de subvention de l'Initiative du Carnet de route et de l'Initiative d'information sur la santé, Santé Canada a grandement contribué au financement de l'élaboration et de la mise à jour d'un système national exhaustif et intégré d'information sur la santé.

En 2012, notre entente de financement de l'Initiative d'information sur la santé avec Santé Canada a été renouvelée pour trois ans, le financement annuel pouvant atteindre 81,7 millions de dollars en 2012-2013, 79,3 millions l'année suivante et 77,7 millions la dernière année de l'entente. Le financement de l'Initiative du Carnet de route, accordé sous forme de paiement global direct durant les années précédentes, a été utilisé au cours des dernières années selon les exigences en matière de ressources liées à des projets clés; en 2012-2013, un solde de 1,3 million de dollars a été comptabilisé.

Par l'entremise d'ententes bilatérales, les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux ont continué de financer notre Plan de base, un ensemble de produits et de services fournis aux ministères ainsi qu'à des régions sanitaires et à des établissements de santé précis. Ces ententes, qui ont représenté 16,7 millions de dollars en 2012-2013, ont également été renouvelées pour trois ans en 2012.

Résultats expliqués par la direction

Tableau 5 : Dépenses d'exploitation

Dépenses d'exploitation (en millions de dollars)*	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2012-2013	2013-2014
	Réel	Réel	Réel	Prévu	Réel	Prévu
Salaires et avantages sociaux	64,4 $	71,9 $	71,3 $	72,4 $	76,8 $	77,5 $
Services professionnels externes, frais de déplacement et comités consultatifs	20,3 $	17,4 $	14,9 $	13,7 $	11,2 $	9,0 $
Occupation, technologies de l'information et autres	17,6 $	17,8 $	17,6 $	20,8 $	17,3 $	16,9 $
Dépenses d'exploitation totales	102,3 $	107,1 $	103,8 $	106,9 $	105,3 $	103,4 $

Remarque

* Comprend l'amortissement des immobilisations et des coûts du régime de retraite.

Nos dépenses d'exploitation totales pour 2012-2013 ont atteint 105,3 millions de dollars, ce qui représente une hausse de 1,5 million par rapport à 2011-2012. Cette augmentation est largement attribuable à une hausse de l'amortissement des coûts du régime de retraite compris dans les salaires et les avantages sociaux (9,6 millions en 2012-2013 par rapport à 4,1 millions en 2011-2012). À des fins comptables, les dépenses annuelles du régime de retraite sont basées sur une norme comptable dont la méthodologie sous-jacente et les taux d'intérêt sont prescrits par l'Institut canadien des comptables agréés. L'augmentation globale a été en partie compensée par notre souci constant de réaliser des économies opérationnelles en réduisant les dépenses liées aux services professionnels externes, aux déplacements et aux comités consultatifs. Ces dépenses en matière de ressources ont été diminuées de 3,7 millions en 2012-2013 et nous envisageons de les réduire encore de 2,2 millions en 2013-2014.

La rémunération totale, y compris les allocations ou autres avantages octroyés aux membres de la haute direction ayant pris part à la réalisation de nos trois orientations stratégiques, s'est chiffrée à 5,1 millions de dollars en 2012-2013.

L'écart de 1,6 million de dollars dans les dépenses totales par rapport aux activités prévues en 2012-2013 s'explique par : des économies de 1,1 million réalisées sur le plan des salaires et des avantages sociaux en raison d'un taux de vacance plus élevé que prévu; des économies opérationnelles de 2,5 millions réalisées en réduisant les dépenses liées aux services professionnels externes, aux déplacements et aux comités consultatifs; et la provision de 3 millions pour parer aux nouveaux enjeux, comprise dans les dépenses d'occupation, de technologie de l'information et autres. La somme de ces principaux écarts est compensée par une hausse de l'amortissement des coûts du régime de retraite compris dans les salaires et les avantages sociaux, comme il a été mentionné ci-dessus.

Les investissements dans nos trois fonctions principales sont demeurés relativement stables en proportion des dépenses d'exploitation totales réelles et planifiées de 2010-2011 et 2011-2012.

Figure 2 : Dépenses d'exploitation réelles selon la fonction principale, 2012-2013

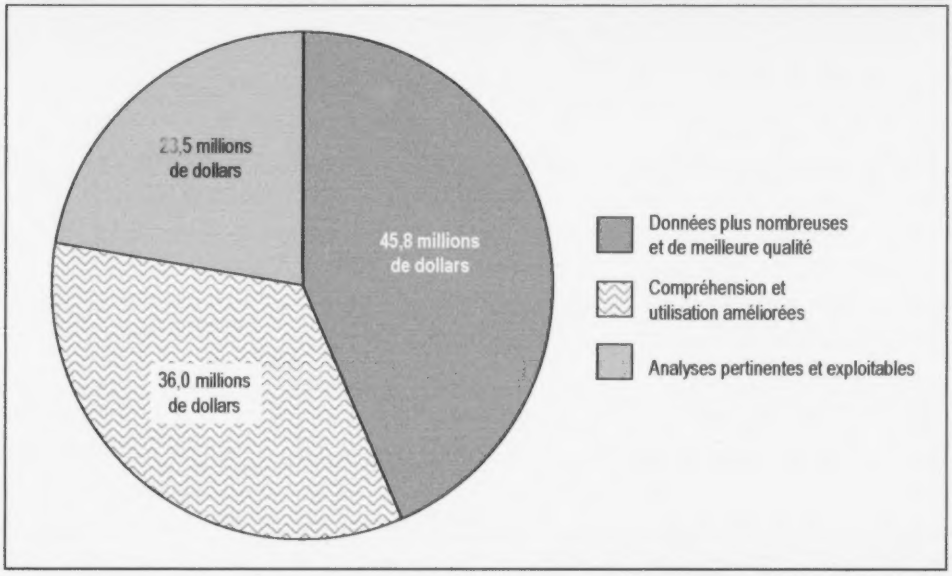


Tableau 6 : Dépenses en immobilisations

Dépenses en immobilisations (en millions de dollars)	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2012-2013	2013-2014
	Réel	Réel	Réel	Prévu	Réel	Prévu
Mobilier et matériel	0,1 $	0,2 $	0,1 $	0,1 $	0,1 $	0,1 $
Ordinateurs et équipement de télécommunications	3,0 $	1,5 $	2,4 $	1,7 $	1,8 $	1,3 $
Améliorations locatives	0,2 $	0,3 $	—	—	0,4 $	—
Dépenses en immobilisations totales	3,3 $	2,0 $	2,5 $	1,8 $	2,3 $	1,4 $

L'acquisition d'immobilisations pour 2012-2013 a représenté 2,3 millions de dollars, une diminution de 200 000 $ par rapport à 2011-2012. Cet écart résulte de deux facteurs :

- Tout d'abord, on a effectué moins d'achats (diminution de 600 000 $) de matériel informatique, de logiciels et d'équipement de télécommunications en 2012-2013. L'investissement correspondant de 2011-2012 concernait le remplacement du serveur de notre base de données principale en vue de mieux répondre aux besoins associés à la croissance et à l'utilisation, de même que la mise en œuvre d'une solution pour notre plan de reprise après sinistre.
- Ensuite, des améliorations locatives de 400 000 $ ont été réalisées en 2012-2013 en raison du regroupement de nos bureaux d'Ottawa.

Les résultats des années précédentes, en particulier ceux de 2009-2010, comprenaient le renouvellement d'une partie de notre infrastructure technologique.

Régimes de retraite

Notre régime enregistré contributif à prestations déterminées prévoit pour nos employés un revenu de retraite annuel établi selon la durée du service et le salaire moyen en fin de carrière; son financement est assuré par les employés et par l'ICIS. L'actif du régime au 31 mars 2013 s'élevait à 98,4 millions de dollars pour un total de 980 participants, dont 73 % sont actifs.

Les cotisations, qui sont déterminées par des calculs actuariels, dépendent des caractéristiques démographiques des employés, du roulement, de la mortalité, du rendement du capital investi et d'autres hypothèses actuarielles. Les cotisations de l'ICIS et des employés sont mises en commun, investies et gérées de façon professionnelle par cinq gestionnaires de placements aux fins de diversification. Afin de maximiser l'efficacité de la gestion et de l'administration des fonds investis, la performance des gestionnaires de placements et la politique d'investissement sont revues chaque année.

Le régime fait l'objet de deux évaluations actuarielles : l'une à des fins comptables (voir la note 8 des états financiers), l'autre à des fins de capitalisation; cette dernière sert aussi à des fins de réglementation et de gestion du régime. Ces évaluations actuarielles à des fins comptables et de capitalisation sont effectuées à différents moments à l'aide d'hypothèses et de méthodologies distinctes. Selon l'évaluation actuarielle à des fins comptables, le régime affichait au 31 mars 2013 un surplus de 23,2 millions de dollars, comparativement à 18,7 millions en 2011-2012.

Selon l'évaluation actuarielle à des fins de capitalisation, le régime accusait un déficit de 5,2 millions de dollars le 1er janvier 2011, comparativement à un déficit de 4,7 millions le 1er janvier 2010. Au début de 2012, nous avons financé le déficit dans sa totalité et continué de surveiller le contexte économique et le ratio de capitalisation du régime. En octobre 2012, les actuaires externes de l'ICIS ont extrapolé le ratio de capitalisation du régime et révélé un important déficit de solvabilité (dans l'éventualité d'une liquidation du régime) d'environ 29,5 millions de dollars, imputable à la conjoncture économique exceptionnelle. En conséquence, la direction a pris des mesures en 2012-2013 pour s'attaquer immédiatement au problème de déficit actuariel. Le ratio de partage des coûts entre employeur et employés, tout particulièrement, a été augmenté de cinq points de base, soit jusqu'à 55/45 (employeurs et employés respectivement). Une augmentation graduelle du taux de cotisation des employés a pris effet le 1er janvier 2013, afin que l'organisation puisse atteindre ce nouveau ratio de partage des coûts d'ici janvier 2015 et qu'il s'harmonise aux taux d'autres régimes de retraite à prestations déterminées. Nous avons également alloué 8,7 millions de dollars pour réduire le déficit actuariel estimé.

Outre le régime contributif à prestations déterminées, nous complétons les prestations des employés qui participent au régime et qui sont assujettis à la pension maximale, telle qu'elle est définie dans la *Loi de l'impôt sur le revenu*. Le régime complémentaire n'est pas capitalisé au préalable et nous effectuons les paiements de prestations à mesure qu'ils deviennent exigibles. Ces prestations sont constituées et incluses dans nos états financiers conformément aux règles comptables applicables.

Programme de vérification interne

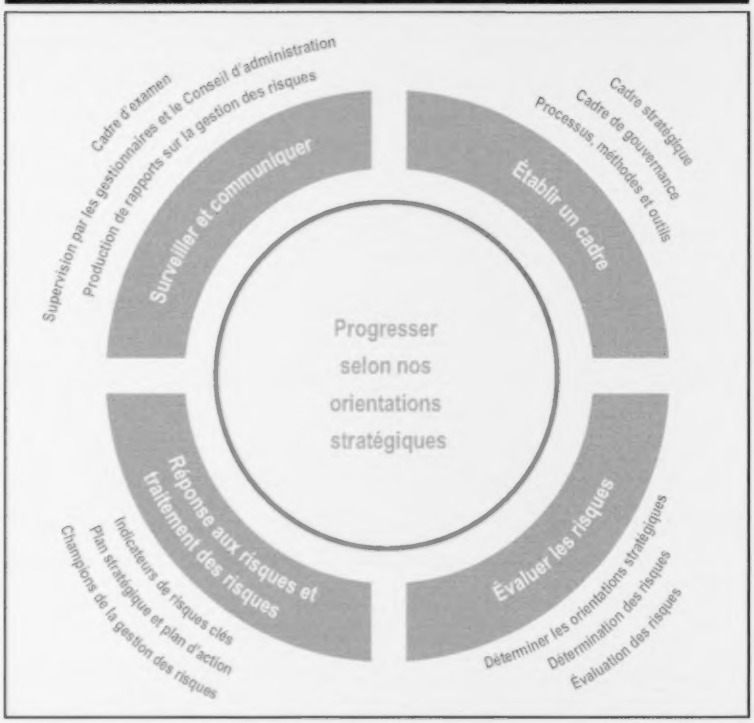
Notre programme de vérification interne assure une évaluation interne indépendante et objective destinée à ajouter de la valeur à nos activités et à les améliorer. Il nous aide à atteindre nos objectifs grâce à une méthodologie systématique et disciplinée qui permet d'évaluer et d'améliorer nos processus de contrôle et de gouvernance. Notre plan de vérification annuel est préparé à l'aide d'une méthodologie fondée sur les risques qui oriente nos ressources en matière de vérification vers les secteurs qui représentent le plus de risques, d'importance et de valeur pour l'organisme. En 2012-2013, les activités ont notamment été les suivantes : une vérification de la gouvernance de l'organisme, des tests et une évaluation de la vulnérabilité pour le réseau de TI et certaines applications, ainsi qu'un examen des droits d'accès des employés en fonction, des employés ayant quitté leur emploi et des fournisseurs de services tiers. Elles comprenaient également des vérifications du respect de la vie privée, comme une vérification de la conformité auprès d'un destinataire externe de données concernant le formulaire de demande de données et l'entente de protection des données de l'ICIS. Nous avons dressé des plans d'action afin d'aborder les aspects qui, selon les conseillers dont nous avons retenu les services précisément à cette fin, doivent être améliorés. En 2013-2014, le programme de vérification interne continuera d'accorder la priorité à la sécurité de l'information et au respect de la vie privée.

Gestion des risques

Le programme de gestion des risques de l'ICIS établit un seuil de tolérance à l'égard du risque de façon à permettre la prise de risques raisonnables. La démarche de l'ICIS au chapitre de la gestion des risques consiste à gérer de façon proactive les événements qui pourraient se produire au moyen de stratégies d'atténuation des risques. Ce programme de gestion des risques, gage d'excellence en matière de gestion, vient renforcer la responsabilisation et stimuler l'amélioration du rendement. Il contribue aux activités de planification et d'établissement des priorités, à l'affectation des ressources et à la prise de décisions. L'ICIS veille à cibler les risques stratégiques qui touchent l'ensemble de l'organisme, qui sont clairement liés à la réalisation des orientations stratégiques, qui sont susceptibles de perdurer pendant les trois à cinq prochaines années et qui peuvent être gérés par la direction de l'ICIS.

Le cadre de gestion des risques de l'ICIS (ci-dessous) consiste en un cycle de quatre étapes visant la réalisation des orientations stratégiques de l'ICIS.

Figure 3 : Cadre de gestion des risques de l'ICIS



Activités de gestion des risques en 2012-2013

La direction a évalué les principaux risques pouvant faire obstacle à l'atteinte des objectifs stratégiques de l'ICIS en se fondant sur la probabilité qu'ils surviennent et leurs répercussions possibles. Quatre d'entre eux sont de nature organisationnelle, étant donné qu'ils donnent lieu à un risque résiduel élevé, soit le niveau de risque atteint une fois les stratégies d'atténuation existantes envisagées.

Renouvellement du financement

L'an dernier, les pressions financières se sont accrues à l'ICIS : le financement du Carnet de route s'est terminé en mars 2012 et l'entente relative à l'Initiative d'information sur la santé de l'ICIS avec Santé Canada a également pris fin. L'entente de financement avec Santé Canada a été renouvelée pour trois ans, mais le financement pour cette période a légèrement diminué. Nous avons en outre renouvelé nos ententes de financement avec tous les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux. Le Conseil d'administration de l'ICIS a approuvé le plan d'activité pluriannuel que nous avons modifié en fonction du nouveau niveau de financement.

Dossier de santé électronique et dossier médical électronique

La mise en œuvre du DSE à l'échelle du pays permettra à l'ICIS de recueillir des données supplémentaires qui serviront aux analyses du système de santé. Or, l'adoption du DSE peut également représenter un appel à la prudence pour les banques de données existantes de l'ICIS lorsqu'elle peut avoir une incidence sur la collecte des données. Parmi nos nombreuses réalisations cette année, nous avons préparé, en collaboration avec Inforoute Santé du Canada, un rapport qui présente la vision pancanadienne de l'utilisation des données des DSE pour les besoins du système de santé au Canada. Le rapport a été soumis à la Conférence des sous-ministres de la Santé en mai 2013. De plus, le Thésaurus canadien des diagnostics en médecine d'urgence a reçu la désignation de norme canadienne approuvée du Comité stratégique de l'Unité collaborative de normalisation d'Inforoute Santé du Canada; nous espérons que de nombreuses normes sur l'utilisation de données pour les besoins du système de santé de l'ICIS recevront à leur tour cette distinction. Nous avons également terminé l'évaluation de l'état de préparation aux DSE de chacune des quatre bases de données principales de l'ICIS et présenté des exemples d'utilisation des données de l'ICIS pour les besoins du système de santé dans une série de quatre projets de démonstration. Cette année, deux provinces (l'Ontario et le Manitoba) ont continué de se préparer à la mise en œuvre progressive de la *Norme pancanadienne relative au contenu du DME en lien avec les SSP (NPC DME SSP)*.

Période de transition et participation du personnel

Pendant de nombreuses années, l'ICIS a bénéficié d'un financement suffisant. Or, les nouvelles contraintes financières et budgétaires nous obligent à revoir nos méthodes de travail et à viser une plus grande efficacité. Dans le but de trouver des occasions d'améliorer l'efficacité et de faire participer le personnel à la recherche de solutions, l'ICIS a lancé, après trois projets pilotes réussis, une initiative d'amélioration des processus selon la méthodologie de rationalisation (Lean). Les communications au sein de l'entreprise, notamment les comptes rendus des réunions du Conseil d'administration et les rencontres de discussion ouverte du personnel, ont été la pierre angulaire de la participation du personnel. La direction a tenu le personnel au courant des initiatives de l'organisme au moyen de séances d'information. Le pourcentage de départ volontaire d'employés concorde avec celui de l'an dernier, soit 8 %.

Appui aux intervenants

L'ICIS a constaté un certain manque de connaissance et de compréhension de son rôle et de son mandat, en raison du taux de roulement élevé du personnel dans les ministères de la Santé partout au pays. La décentralisation des pouvoirs dans les soins de santé pourrait avoir pour effet de réduire la demande de données pancanadiennes. Nous avons poursuivi notre collaboration avec les régions au moyen de consultations avec des intervenants, de réunions et de présentations partout au pays. Nous avons été en mesure de cerner des besoins propres aux régions et d'y répondre en créant des produits et services ou en améliorant ceux déjà en place et nous avons encouragé l'utilisation des rapports et des outils analytiques de l'ICIS. Nous avons également réussi à obtenir du soutien pour l'élaboration de nouveaux produits, analyses et outils, notamment le système de production de rapports sur la PSS.

États financiers vérifiés

Aux membres du Conseil d'administration de l'Institut canadien d'information sur la santé

Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), qui comprennent les bilans au 31 mars 2013 et 2012, et 1er avril 2011, ainsi que les états des revenus et des dépenses, de l'évolution de l'actif net et des flux de trésorerie de l'exercice terminé à ces dates, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour les organismes sans but lucratif ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité des auditeurs

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement des auditeurs, et notamment de leur évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, les auditeurs prennent en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus dans le cadre de notre audit sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'ICIS au 31 mars 2013 et 2012, et 1er avril 2011, ainsi que de ses résultats d'exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à ces dates conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour les organismes sans but lucratif.

Rapport relatif à d'autres obligations légales et réglementaires

Tel qu'exigé par la *Loi sur les personnes morales* de l'Ontario, nous déclarons que, à notre avis, les principes comptables généralement reconnus du Canada et les normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif ont été appliqués de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

Ottawa, Canada
Le 21 juin 2013

Ernst & Young s.r.l./s.e.n.c.r.l.

Comptables agréés
Experts-comptables autorisés

Bilan

Au 31 mars

	2013 $	2012 $	1er avril 2011 $
Actif			
À court terme			
Trésorerie et équivalents de trésorerie *(note 3)*	**12 288 256**	14 664 363	9 415 915
Débiteurs *(note 4)*	**2 234 500**	3 336 326	3 273 336
Charges payées d'avance	**2 465 859**	2 703 515	2 289 373
	16 988 615	20 704 204	14 978 624
Placements — Carnet de route *(note 5)*	**—**	751 664	9 778 466
Immobilisations *(note 6)*	**12 896 058**	15 481 218	17 610 241
Autres actifs *(note 7)*	**402 790**	210 283	478 889
Actif au titre de prestations de retraite constituées *(note 8)*	**23 189 100**	18 714 800	10 152 500
	53 476 563	55 862 169	52 998 720
Passif			
À court terme			
Créditeurs et charges à payer *(note 10)*	**4 922 398**	7 675 764	5 616 554
Revenus reportés	**2 764 093**	4 565 077	5 500 567
Apports reportés *(note 11)*	**2 666 146**	2 591 888	2 256 590
	10 352 637	14 832 729	13 373 711
Passif au titre de prestations de retraite constituées *(note 8)*	**674 003**	597 302	556 600
Apports reportés *(note 11)*			
Charges d'exercices futurs	**23 347 234**	20 020 006	16 551 702
Immobilisations	**9 937 172**	12 640 450	14 507 704
Avantages incitatifs relatifs aux baux *(note 12)*	**3 344 247**	2 183 612	2 651 433
	47 655 293	50 274 099	47 641 150
Actif net			
Investi en immobilisations	**1 996 046**	2 077 563	2 115 955
Non affecté	**3 825 224**	3 510 507	3 241 615
	5 821 270	5 588 070	5 357 570
	53 476 563	55 862 169	52 998 720

Engagements et passifs éventuels *(note 16)*

Voir les notes afférentes aux états financiers.

Au nom du Conseil d'administration,

Administrateur

Administrateur

États des revenus et des dépenses

Exercice terminé le 31 mars

	2013 $	2012 $
Revenus		
Plan de base *(note 13)*	**16 713 725**	16 368 700
Ventes	**2 262 785**	2 209 405
Financement — autre *(note 14)*	**5 209 830**	5 464 478
Initiative de l'information sur la santé/Carnet de route *(note 11)*	**81 048 945**	79 681 658
Autres revenus	**273 044**	391 868
	105 508 329	104 116 109
Dépenses		
Rémunération	**76 757 676**	71 361 982
Services externes et professionnels	**8 591 476**	11 779 144
Déplacements et comités consultatifs	**2 629 463**	3 116 339
Fournitures et services de bureau	**1 100 554**	1 027 104
Ordinateurs et télécommunications	**7 048 728**	7 018 481
Frais d'occupation	**9 147 232**	9 582 559
	105 275 129	103 885 609
Excédent des revenus sur les dépenses	**233 200**	230 500

Voir les notes afférentes aux états financiers.

État de l'évolution de l'actif net

Exercice terminé le 31 mars

	Investi en immobilisations	Non affecté	2013	2012
	$	$	$	$
Solde au début de l'exercice	**2 077 563**	**3 510 507**	**5 588 070**	5 357 570
Excédent (insuffisance) des revenus sur les dépenses	**(573 606)**	**806 806**	**233 200**	230 500
Investissement net en immobilisations	**492 089**	**(492 089)**	—	—
Solde à la fin de l'exercice	**1 996 046**	**3 825 224**	**5 821 270**	5 588 070

Voir les notes afférentes aux états financiers.

État des flux de trésorerie

Exercice terminé le 31 mars

	2013 $	2012 $
Activités d'exploitation		
Excédent des revenus sur les dépenses	**233 200**	230 500
Augmentation (diminution) des éléments hors caisse :		
Amortissement des immobilisations	**4 562 238**	4 538 960
Amortissement des avantages incitatifs relatifs aux baux	**(724 959)**	(467 821)
Prestations de retraite	**(4 397 599)**	(8 521 598)
Amortissement des apports reportés — immobilisations	**(3 929 953)**	(3 736 503)
Perte à la cession d'immobilisations	**327 892**	59 153
	(3 929 181)	(7 897 309)
Variation des éléments hors caisse du fonds de roulement *(note 15)*	**(3 214 868)**	646 588
Variation nette des autres actifs	**(192 507)**	268 606
Variation nette des apports reportés	**4 628 161**	5 672 851
Flux de trésorerie liés aux activités d'exploitation	**(2 708 395)**	(1 309 264)
Activités d'investissement		
Acquisition d'immobilisations	**(2 309 607)**	(2 474 683)
Produit à la cession d'immobilisations	**4 637**	5 593
Acquisition de placements — Carnet de route	**—**	(11 475 922)
Produit à la cession de placements — Carnet de route	**751 664**	20 502 724
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement	**(1 553 306)**	6 557 712
Activités de financement		
Avantage incitatifs relatives aux baux reçus	**1 885 594**	—
Flux de trésorerie liés aux activités de financement	**1 885 594**	—
Variation nette de la trésorerie	**(2 376 107)**	5 248 448
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début de l'exercice	**14 664 363**	9 415 915
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin de l'exercice	**12 288 256**	14 664 363
Composée de :		
Encaisse	**(461 744)**	864 363
Placements à court terme	**12 750 000**	13 800 000
	12 288 256	14 664 363
Information supplémentaire		
Intérêt reçu	**216 981**	321 753

Voir les notes afférentes aux états financiers.

Notes afférentes aux états financiers

Le 31 mars 2013

1. Organisme

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme canadien sans but lucratif prorogé en vertu de l'article 211 de la *Loi canadienne sur les organisations à but non lucratif*.

L'ICIS est un organisme national qui exerce le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé.

L'ICIS n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

2. Principales conventions comptables et application initiale des normes comptables pour les organismes sans but lucratif

a. Principales conventions comptables

Ces états financiers ont été dressés selon les normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif.

Les principales méthodes comptables sont les suivantes :

Comptabilisation des revenus

L'ICIS applique la méthode du report.

Les apports de financement sont comptabilisés en tant que revenus au cours du même exercice où les dépenses connexes sont engagées. Les montants approuvés mais non reçus à la fin de l'exercice sont comptabilisés en tant que débiteurs. Les apports excédentaires qui nécessitent un remboursement conformément à l'entente sont comptabilisés comme charges à payer.

Les apports fournis à une fin particulière et ceux faisant l'objet d'une affectation selon les dispositions d'une entente contractuelle sont comptabilisés comme des apports reportés et ensuite comme des revenus au cours du même exercice où les dépenses connexes sont engagées. Les apports fournis à des fins d'achat d'immobilisations sont comptabilisés comme des apports reportés — immobilisations et ensuite comme des revenus selon les mêmes modalités et la même méthode que l'amortissement des immobilisations connexes.

Les intérêts créditeurs sont comptabilisés en tant que revenus réalisés au cours de l'exercice selon la méthode de la comptabilité d'exercice.

Les revenus et pertes de placement au titre des apports affectés sont débités ou crédités au compte des apports reportés connexes et comptabilisés en tant que revenus au cours du même exercice où les dépenses admissibles sont engagées.

Placements — Carnet de route

Les placements — Carnet de route sont présentés à la juste valeur déterminée selon les cours du marché des placements sous-jacents.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût et amorties selon la méthode de l'amortissement linéaire en fonction de leurs durées d'utilisation estimatives, comme suit :

Corporelles	
Ordinateurs	5 ans
Mobilier et matériel	5 à 10 ans
Équipement de télécommunication	5 ans
Améliorations locatives	Durée du bail
Incorporelles	
Logiciels	5 ans

Avantages incitatifs relatifs aux baux

Les avantages incitatifs relatifs aux baux, qui se composent d'allocations pour améliorations locatives, de loyers gratuits et autres sont amortis selon la méthode de l'amortissement linéaire sur la durée des baux.

Prestations de retraite

L'évaluation actuarielle des obligations au titre des prestations constituées relatives aux prestations de retraite est fondée sur la méthode de la répartition des prestations au prorata des services laquelle comprend les meilleures estimations de la direction concernant l'évolution future des niveaux de salaire, l'augmentation d'autres coûts, l'âge de départ à la retraite des salariés et d'autres facteurs actuariels.

Pour les besoins du calcul du taux de rendement prévu des actifs des régimes, ces actifs sont évalués à leur juste valeur.

Les gains actuariels ou pertes actuarielles résultent de l'écart entre le rendement à long terme réel des actifs des régimes au cours d'une période et le rendement prévu à long terme des actifs des régimes pendant cette période, ou des modifications apportées aux hypothèses actuarielles utilisées pour déterminer l'obligation au titre des prestations constituées. L'excédent du gain actuariel cumulé net ou de la perte actuarielle cumulée nette sur 10 % de l'obligation au titre des prestations constituées, ou sur 10 % de la juste valeur des actifs des régimes, si ce dernier montant est plus élevé, est amorti sur la durée résiduelle moyenne d'activité des salariés actifs. La durée résiduelle moyenne d'activité des salariés actifs couverts par le régime de retraite agréé est de 13 ans (2012 — 13 ans). La durée résiduelle moyenne d'activité des salariés actifs couverts par le régime de retraite complémentaire est de 10 ans (2012 — 10 ans).

Conversion des devises

Les revenus et les dépenses sont convertis aux taux de change en vigueur à la date de la transaction. Les gains et les pertes de change sont enregistrés aux revenus divers ou dépenses diverses. Les actifs et passifs monétaires libellés en devises sont convertis aux taux de change en vigueur à la date du bilan.

Utilisation d'estimations

La préparation des états financiers exige que la direction fasse des estimations et pose des hypothèses qui ont une incidence sur les montants constatés des actifs et passifs, sur la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants des revenus et des dépenses constatés au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations de la direction à mesure que des renseignements supplémentaires seront obtenus.

La durée de vie utile estimative des immobilisations et le montant des charges à payer, y compris les prestations de retraite constituées, sont les éléments les plus importants qui font l'objet d'estimations.

Instruments financiers

Les instruments financiers sont évalués à leur juste valeur lors de leur comptabilisation initiale, puis inscrits selon leur classement. La trésorerie et les équivalents de trésorerie ainsi que les placements sont évalués à leur juste valeur. Les débiteurs, déduction faite de la provision pour créances douteuses et les créditeurs et charges à payer sont comptabilisés au coût après amortissement. Compte tenu de la nature à court terme des débiteurs de même que des créditeurs et charges à payer, le coût après amortissement se rapproche de la juste valeur.

La direction estime que l'ICIS n'est pas exposé à un risque important de taux d'intérêt ou de crédit au titre de ces instruments financiers.

a. Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt se rapporte aux conséquences néfastes que pourraient avoir les fluctuations du taux d'intérêt sur les flux de trésorerie, la situation financière et les revenus de placement de l'ICIS.

b. Risque de crédit

Le risque de crédit représente le danger éventuel qu'une des parties à un instrument financier ne puisse faire face à l'une de ses obligations et amène de ce fait l'autre partie à subir une perte financière.

Il y a concentration du risque de crédit lorsqu'une proportion importante du portefeuille est constituée de titres présentant des caractéristiques ou des variations semblables sur le plan des facteurs économiques, politiques et autres. L'ICIS surveille régulièrement la santé financière de ses placements.

De plus, comme il est mentionné à la note 9, l'ICIS dispose d'une marge de crédit, utilisée lorsque les flux de trésorerie d'exploitation ne sont pas suffisants pour couvrir les dépenses d'exploitation et en capital, y compris les cotisations au régime de retraite de l'ICIS.

b. Application initiale des normes comptables pour les organismes sans but lucratif

Ces états financiers sont les premiers que l'ICIS a dressés conformément à la partie III du *Manuel de l'ICCA — comptabilité*, qui contient les principes comptables généralement reconnus (PCGR) pour les organismes sans but lucratif au Canada. L'ICIS, lorsqu'il a établi le bilan d'ouverture au 1er avril 2011 (la date de transition), a appliqué le chapitre 1501 intitulé Application initiale des normes pour les organismes sans but lucratif, observant rétroactivement (à l'exception des exemptions autorisées énoncées ci-dessous) les quatre principes suivants de sorte qu'il

- a comptabilisé tous les actifs et passifs dont la comptabilisation est prescrite par les PCGR;
- n'a pas comptabilisé d'éléments en tant qu'actifs ou passifs si les PCGR n'autorisent pas une telle comptabilisation;
- a reclassé les éléments qu'il comptabilisait auparavant dans une catégorie donnée d'actifs, de passifs ou d'actifs nets, mais qui, selon les nouvelles normes, appartiennent à une autre catégorie;
- a appliqué les PCGR pour l'évaluation de tous les actifs et passifs comptabilisés.

Les conventions comptables sur lesquelles l'ICIS s'est appuyé lorsqu'il a établi le bilan d'ouverture à l'aide de ces principes ont entraîné certains ajustements des soldes qui ont été présentés dans le bilan rédigé conformément à la partie V du manuel de l'ICCA, Normes en vigueur avant le basculement (anciens PCGR). Ces ajustements, décrits ci-dessous, ont été comptabilisés directement dans l'actif net de l'ICIS à la date de transition en vertu des dispositions transitoires énoncées au chapitre 1501.

Exemptions choisies au moment de la transition

Le chapitre 1501 fait état d'un certain nombre d'exemptions facultatives liées aux normes de la partie III du manuel de l'ICCA. L'ICIS a choisi de se prévaloir des exemptions de transition relatives à la comptabilisation des pertes actuarielles cumulées à la date de transition.

Rapprochement

Le tableau ci-dessous présente un rapprochement entre l'actif net au 1er avril 2011 et l'excédent des revenus sur les dépenses pour l'exercice terminé le 31 mars 2012 tels que comptabilisés à partir des anciens PCGR et ceux comptabilisés à partir des PCGR.

	Excédent des revenus sur les dépenses pour l'exercice terminé le 31 mars 2012	Actif net au 1er avril 2011
	$	$
Excédent des revenus sur les dépenses et actif net, anciens PCGR	288 200	5 068 970
Comptabilisation de l'actif transitoire non amorti*	(57 700)	288 600
Excédent des revenus sur les dépenses et actif net, PCGR	230 500	5 357 570

*** Comptabilisation d'un actif transitoire non amorti**

Dans le cadre des anciens PCGR, un actif de transition lié aux prestations de retraite n'avait pas été comptabilisé dans les états financiers. Le chapitre 1501 prévoit la comptabilisation de ce montant dans l'actif net d'ouverture à la date de transition.

3. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie sont constitués de l'encaisse et des placements à court terme à des taux d'intérêt divers et venant à échéance dans un délai de moins de 90 jours (2012 — 90 jours; 1er avril 2011 — 90 jours).

4. Débiteurs

	2013	2012	1er avril 2011
	$	$	$
Exploitation	**1 927 631**	1 626 723	1 457 319
Financement — autre	**306 869**	1 709 603	1 816 017
	2 234 500	3 336 326	3 273 336

5. Placements — Carnet de route

Les placements — Carnet de route sont constitués d'instruments financiers comme des certificats de placement garanti (CPG) et des dépôts à terme.

6. Immobilisations

	2013		2012		1er avril 2011	
	Coût	Amortissement cumulé	Coût	Amortissement cumulé	Coût	Amortissement cumulé
	$	$	$	$	$	$
Corporelles						
Ordinateurs	**8 888 923**	**6 551 231**	9 458 389	6 459 395	9 322 194	5 998 044
Mobilier et matériel	**6 215 341**	**4 101 115**	6 177 313	3 609 044	6 146 335	3 106 575
Équipement de télécommunication	**1 374 951**	**1 186 679**	1 370 066	1 002 077	1 349 627	818 376
Améliorations locatives	**10 681 880**	**5 608 035**	10 717 399	4 750 962	10 694 875	3 602 431
Incorporelles						
Logiciels	**11 882 906**	**8 700 883**	10 938 644	7 359 115	9 679 417	6 056 781
	39 044 001	**26 147 943**	38 661 811	23 180 593	37 192 448	19 582 207
Amortissement cumulé	**(26 147 943)**		(23 180 593)		(19 582 207)	
Valeur comptable nette	**12 896 058**		15 481 218		17 610 241	

Les immobilisations comprennent 218 814 $ (31 mars 2012 — 163 053 $; 1er avril 2011 — néant) d'actifs qui ne sont pas en service à la fin de l'exercice. Ces actifs n'ont pas été amortis.

7. Autres actifs

Les autres actifs se composent de dépôts de loyer auprès des propriétaires pour les espaces de bureau ainsi que des charges payées d'avance afférentes au soutien et à l'entretien des logiciels et de l'équipement.

8. Prestations de retraite constituées

L'ICIS a un régime de retraite à prestations déterminées contributif (régime de retraite agréé) qui offre aux employées un revenu de retraite annuel basé sur le nombre d'années de service et sur le salaire maximal moyen pendant cinq ans. De plus, l'ICIS offre un montant complémentaire aux membres qui sont assujettis à la pension maximale, telle que définie dans la *Loi de l'impôt sur le revenu* (régime de retraite complémentaire).

L'évaluation actuarielle aux fins de capitalisation la plus récente pour le régime de retraite agréé a été préparée par le cabinet d'actuaires Mercer en date du 1er janvier 2011. La prochaine évaluation sera en date du 1er janvier 2014.

La juste valeur des actifs et des obligations au titre des prestations constituées aux fins comptables des régimes de retraite est déterminée par Mercer au 31 mars de chaque exercice.

Les tableaux suivants présentent la situation de capitalisation des régimes de retraite ainsi que les montants comptabilisés dans le bilan de l'ICIS.

Les dépenses des régimes de retraite comprennent les composantes suivantes :

	2013		2012	
	Régime de retraite agréé $	Régime de retraite complémentaire $	Régime de retraite agréé $	Régime de retraite complémetaire $
Coût des services rendus, au cours de l'exercice, déduction faite des cotisations des employés	**8 219 000**	**62 200**	4 577 900	41 700
Intérêts débiteurs sur les obligations au titre des prestations constituées	**4 408 100**	**26 200**	3 536 700	24 600
Rendement prévu des actifs des régimes	**(5 195 500)**	**—**	(4 079 200)	—
Amortissement de la perte actuarielle nette (du gain actuariel)	**2 168 400**	**—**	27 400	(14 000)
Dépenses des régimes de retraite	**9 600 000**	**88 400**	4 062 800	52 300

Les changements dans les obligations au titre des prestations constituées s'établissent comme suit :

	2013		2012	
	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémentaire	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémetaire
	$	$	$	$
Obligations au titre des prestations constituées, au début de l'exercice	**93 265 700**	**556 100**	53 034 500	460 100
Coût des services rendus au cours de l'exercice, déduction faite des cotisations des employés	**8 219 000**	**62 200**	4 577 900	41 700
Intérêts débiteurs sur les obligations au titre des prestations constituées	**4 408 100**	**26 200**	3 536 700	24 600
Cotisations des employés	**3 626 900**	**—**	3 145 700	—
Prestations versées	**(2 463 500)**	**(11 700)**	(987 500)	(11 600)
Gain actuariel	**—**	**—**	29 958 400	41 300
Obligations au titre des prestations constituées, à la fin de l'exercice	**107 056 200**	**632 800**	93 265 700	556 100

Les changements dans les actifs des régimes sont comme suit :

	2013		2012	
	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémentaire	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémetaire
	$	$	$	$
Juste valeur des actifs, au début de l'exercice	**74 465 100**	**—**	57 287 400	—
Rendement réel des actifs	**8 704 800**	**—**	2 394 400	—
Cotisations de l'employeur	**14 074 300**	**11 700**	12 625 100	11 600
Cotisations des employés	**3 626 900**	**—**	3 145 700	—
Prestations versées	**(2 463 500)**	**(11 700)**	(987 500)	(11 600)
Juste valeur des actifs, à la fin de l'exercice	**98 407 600**		74 465 100	—

La composition des actifs des régimes est comme suit :

	2013		2012		1er avril 2011	
	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémentaire	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémetaire	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémetaire
	%	%	%	%	%	%
Catégorie d'actifs						
Obligations (Canada)	**35**	**—**	35	—	35	—
Actions (Canada)	**25**	**—**	35	—	35	—
Actions (mondiales)	**40**	**—**	30	—	30	—
	100	**—**	100	—	100	—

L'ICIS a comptabilisé les actifs et passifs comme suit :

	2013		2012		1er avril 2011	
	Régime de retraite agréé $	Régime de retraite complémentaire $	Régime de retraite agréé $	Régime de retraite complémetaire $	Régime de retraite agréé $	Régime de retraite complémetaire $
Obligations au titre des prestations constituées, à la fin de l'exercice	**(107 056 200)**	**(632 800)**	(93 265 700)	(556 100)	(53 219 500)	(378 300)
Juste valeur des actifs, à la fin de l'exercice	**98 407 600**	**—**	74 465 100	—	57 287 400	—
Situation de capitalisation — déficit à la fin de l'exercice	**(8 648 600)**	**(632 800)**	(18 800 600)	(556 100)	4 067 900	(378 300)
Perte actuarielle nette (gain actuariel net) non amortie	**31 837 700**	**(41 203)**	37 515 400	(41 202)	6 084 600	(178 300)
Actif (passif) au titre des prestations de retraite constituées	**23 189 100**	**(674 003)**	18 714 800	(597 302)	10 152 500	(556 600)

Les hypothèses actuarielles utilisées pour déterminer les coûts et les obligations au titre des prestations constituées représentent les meilleures estimations de la direction et sont comme suit :

	2013		2012	
	Régime de retraite agréé %	Régime de retraite complémentaire %	Régime de retraite agréé %	Régime de retraite complémetaire %
Coût des services rendus pour les exercices terminés le 31 mars				
Taux d'actualisation	**4,50**	**4,50**	6,25	6,25
Taux de rendement à long terme prévu des actifs	**6,75**	**—**	6,75	—
Taux de croissance de la rémunération	**4,00**	**4,00**	4,00	4,00
Obligations au titre des prestations constituées au 31 mars				
Taux d'actualisation	**4,50**	**4,50**	4,50	4,50
Taux de croissance de la rémunération	**4,00**	**4,00**	4,00	4,00

	1er avril 2011	
	Régime de retraite agréé %	Régime de retraite complémentaire %
Obligations au titre des prestations constituées au 31 mars		
Taux d'actualisation	6,25	6,25
Taux de croissance de la rémunération	4,00	4,00

9. Dette bancaire

L'ICIS a une marge de crédit de 5 000 000 $ auprès d'une institution financière, portant intérêt au taux préférentiel. Cette facilité de crédit est garantie par un contrat de garantie générale sur tous les actifs à l'exception des systèmes informatiques. Au 31 mars 2013, une lettre de crédit d'un montant de 223 200 $ (31 mars 2012 — 229 600 $; 1er avril 2011 — 230 500 $) avait été émise à l'égard de la marge de crédit pour les besoins du régime de retraite complémentaire.

10. Créditeurs et charges à payer

Les créditeurs et charges à payer concernent les activités d'exploitation. À la fin de l'exercice, aucun montant (2012 — 194 791 $; 1er avril 2011 — néant) représentant l'apport annuel excédentaire reçu par Santé Canada en ce qui a trait à l'Initiative de l'information sur la santé était exigible.

Les remises gouvernementales totalisent 486 409 $ (2012 — 80 679 $; 1er avril 2011 — 95 296 $) à la fin de l'exercice.

11. Apports reportés

Charges d'exercices futurs

Depuis 1999, Santé Canada a financé l'établissement d'un système national complet d'information sur la santé et de l'infrastructure requise pour donner aux Canadiens l'information dont ils ont besoin pour maintenir et améliorer le système de santé au Canada et la santé de la population. L'apport financier de Santé Canada est reçu annuellement selon les besoins en capital de l'ICIS.

Les apports reportés liés aux charges d'exercices futurs représentent les apports affectés non dépensés. Les variations survenues dans le solde des apports reportés — charges d'exercices futurs pour l'exercice sont les suivantes :

	2013 $	2012 $
Solde au début de l'exercice	**22 611 894**	18 808 292
Apport reçu de Santé Canada pendant l'exercice	**81 746 294**	81 746 294
Apport à rembourser à Santé Canada *(note 10)*	**—**	(194 791)
Revenus de placement affectés	**860**	65 268
Montant constaté comme financement — activités de ICIS	**(77 118 993)**	(75 943 920)
Montant transféré aux apports reportés — immobilisations	**(1 226 675)**	(1 869 249)
Solde à la fin de l'exercice	**26 013 380**	22 611 894
Moins la portion à court terme	**2 666 146**	2 591 889
	23 347 234	20 020 005

Immobilisations

Les apports reportés afférents aux immobilisations comprennent les fractions non amorties des apports affectés ayant servi à l'acquisition d'immobilisations.

Les variations survenues dans le solde des apports reportés — immobilisations pour l'exercice sont les suivantes :

	2013 $	2012 $
Solde au début de l'exercice	**12 640 450**	14 507 704
Montant reçu au titre de l'apport de l'Initiative de l'information sur la santé	**1 226 675**	1 869 249
Montant constaté comme financement	**(3 929 953)**	(3 736 503)
Solde à la fin de l'exercice	**9 937 172**	12 640 450

12. Avantages incitatifs relatifs aux baux

Les avantages incitatifs relatifs aux baux incluent les montants suivants :

	2013 $	2012 $	1er avril 2011 $
Allocations pour améliorations locatives	**962 840**	763 205	986 582
Avantages incitatifs sous forme de loyers gratuits et autres	**2 381 407**	1 420 407	1 664 851
	3 344 247	2 183 612	2 651 433

Au cours de l'exercise, un montant de 1 885 594 $ (2012 — néant; 1er avril 2011 — néant) a été accordé sous forme de loyers gratuits et autres avantages incitatifs. L'amortissement relatif aux allocations pour améliorations locatives ainsi qu'aux loyers gratuits et autres avantages incitatifs s'élève respectivement à 386 571 $ et 338 388 $ (2012 — 223 377 $ et 244 444 $ respectivement; 1er avril 2011 — 224 282 $ et 244 547 $ respectivement).

13. Plan de base

Le Plan de base est une série de produits et services liés à l'information sur la santé offerts aux établissements de soins de santé canadiens, aux autorités sanitaires régionales et ministères provinciaux et territoriaux de la Santé. Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont acheté le Plan de base de l'ICIS pour tous les établissements de santé dans leur secteur de compétence.

14. Financement — autre

	2013 $	2012 $
Gouvernements provinciaux et territoriaux	**3 723 944**	3 575 625
Gouvernement fédéral	**—**	560 796
Autre	**1 485 886**	1 328 057
	5 209 830	5 464 478

15. Variation nette des éléments hors caisse du fonds de roulement

	2013	2012
	$	$
Débiteurs	**1 101 826**	(62 990)
Charges payées d'avance	**237 656**	(414 142)
Créditeurs et charges à payer	**(2 753 366)**	2 059 210
Revenus reportés	**(1 800 984)**	(935 490)
	(3 214 868)	646 588

16. Engagements et passifs éventuels

a. L'ICIS loue des espaces de bureau en vertu de différents contrats de location-exploitation qui se terminent à différentes dates. De plus, l'ICIS a pris des engagements en vertu d'un certain nombre d'ententes pour des contrats professionnels et le soutien et l'entretien des logiciels et de l'équipement. Les montants minimaux à débourser pour les cinq prochains exercices et par la suite sont les suivants :

	$
2014	10 660 241
2015	8 907 300
2016	8 507 883
2017	8 469 030
2018 et par la suite	44 968 947

b. L'ICIS a reçu un avis de demande d'un ancien employé. Le résultat ultime de la demande ne peut être établi pour l'instant. L'ICIS estime que le règlement de cette demande n'aura pas de grave incidence négative sur ses liquidités, sa position financière ou les résultats de ses opérations.

17. États financiers comparatifs

Les états financiers comparatifs ont été reclassés afin de les rendre conformes à la présentation adoptée pour les états financiers de 2013.

Notre organisme

Tableau 7 : Répartition du personnel de l'ICIS selon le nombre d'années de service, l'âge et le sexe

	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Nombre total d'employés	**797***	**749***	**730***
Années de service			
Moins de 5 ans	492 (62 %)	464 (62 %)	408 (56 %)
6 à 10 ans	208 (26 %)	190 (25 %)	213 (29 %)
11 à 15 ans	63 (8 %)	64 (9 %)	78 (11 %)
16 ans ou plus	34 (4 %)	31 (4 %)	31 (4 %)
Âge			
Moins de 29 ans	94 (12 %)	73 (10 %)	84 (12 %)
30 à 39 ans	310 (39 %)	297 (40 %)	280 (38 %)
40 à 49 ans	233 (29 %)	220 (29 %)	217 (30 %)
50 ans ou plus	160 (20 %)	159 (21 %)	149 (20 %)
Pourcentage de femmes membres du personnel	**69 %**	**70 %**	**70 %**
Pourcentage de femmes membres du personnel de direction	**62 %**	**64 %**	**61 %**

Remarque

* Ce nombre représente les employés permanents et exclut le personnel sous contrat à court terme en date du 1er avril de l'exercice financier.

Tableau 8 : Répartition du personnel de l'ICIS selon le niveau de scolarité

Niveau de scolarité	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Maîtrise et études de troisième cycle	296 (37 %)	281 (38 %)	289 (40 %)
Diplôme de premier cycle	291 (37 %)	265 (35 %)	242 (33 %)
Diplôme	192 (24 %)	188 (25 %)	184 (25 %)
Études secondaires	18 (2 %)	15 (2 %)	15 (2 %)

Notre équipe de direction et de gouvernance

Haute direction (au 31 mars 2013)

John Wright
Président-directeur général

Brent Diverty
Vice-président, Programmes

Caroline Heick
Directrice exécutive, Ontario et Québec

Anne McFarlane
Vice-présidente, Région de l'Ouest et Initiatives de développement

Scott Murray,
Vice-président et chef des services de technologie

Louise Ogilvie
Vice-présidente, Services administratifs

Stephen O'Reilly
Directeur exécutif, Canada atlantique

Jeremy Veillard
Vice-président, Recherche et analyse

Elizabeth Blunden
Directrice, Ressources humaines et Administration

Lorraine Cayer
Directrice, Finances

David Clements
Directeur, Communications et Relations externes

Mark Fuller
Directeur, Applications de gestion de l'information sur la santé

Michael Gaucher
Directeur, Services d'information sur les produits pharmaceutiques et la main-d'œuvre de la santé

Jean Harvey
Directrice, Initiative sur la santé de la population canadienne

Kimberly Harvey
Directrice, Services d'intégration

Michael Hunt
Directeur, Dépenses de santé et Initiatives stratégiques

Kira Leeb
Directrice, Performance du système de santé

Cal Marcoux
Chef du service de sécurité de l'information

Barbara McLean
Directrice, Opérations et services centraux

Kathleen Morris
Directrice, Analyse du système de santé et Questions émergentes

Anne-Mari Phillips
Chef de la protection des renseignements personnels et avocate générale

Mea Renahan
Directrice, Normes de données cliniques et Qualité

Francine Anne Roy
Directrice, Stratégie et Opérations

Gregory Webster
Directeur, Services d'information sur les soins ambulatoires et de courte durée

Douglas Yeo
Directeur, Méthodologies et Soins spécialisés

Nous aimerions souligner les contributions précieuses de **Jean-Marie Berthelot**, ancien vice-président, Programmes, et de **Cathy Davis**, ancienne directrice, Services d'information sur les soins ambulatoires et de courte durée.

Conseil d'administration (au 31 mars 2013)

Président du Conseil d'administration

Brian Postl
Doyen de la Faculté de médecine
Université du Manitoba

Membre d'office

John Wright
Président-directeur général
Institut canadien d'information sur la santé

Région 1 : Colombie-Britannique et Yukon

Elaine McKnight
Agente administrative principale et sous-ministre déléguée
Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
(gouvernemental)

David Ostrow
Président-directeur général
Autorité sanitaire Vancouver Coastal
(non gouvernemental)

Région 2 : Prairies, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut

Marcia Nelson
Sous-ministre
Santé Alberta
(gouvernemental)

Marlene Smadu
Vice-présidente de la section Qualité et Transformation
Région sanitaire Regina Qu'Appelle
(non gouvernemental)

Région 3 : Ontario

Janet Davidson
Chef canadienne du Global Healthcare Center of Excellence
KPMG
(non gouvernemental)

David Hallett
Sous-ministre délégué
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
(gouvernemental)

Région 4 : Québec

Luc Boileau
Président-directeur général
Institut national de santé publique du Québec
(non gouvernemental)

Luc Castonguay
Sous-ministre adjoint
Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
(gouvernemental)

Région 5 : Atlantique

John McGarry
Président-directeur général
Réseau de santé Horizon
(non gouvernemental)

Kevin McNamara
Sous-ministre de la Santé et du Mieux-être
Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse
(gouvernemental)

Canada

Marshall Dahl
Consultant en endocrinologie
Hôpital et Centre des sciences de la santé de Vancouver

Vivek Goel
Président et chef de la direction
Santé publique Ontario
(vice-président)

Santé Canada

Paul Rochon
Sous-ministre délégué
Santé Canada

Statistique Canada

Peter Morrison
Statisticien en chef adjoint
Statistique sociale, de la santé et du travail

Le Conseil d'administration s'est réuni en juin et en novembre 2012 ainsi qu'en mars 2013.

Nous aimerions souligner la contribution de plusieurs membres sortants du Conseil d'administration :

- Howard Waldner, président-directeur général, Autorité sanitaire Vancouver Island
- Graham Whitmarsh, sous-ministre, ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique
- Chris Eagle, président-directeur général, Services de santé de l'Alberta
- Saäd Rafi, sous-ministre, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
- Denis Lalumière, sous-ministre adjoint, Planification stratégique, évaluation et qualité, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- Donald Ferguson, sous-ministre, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
- Cordell Neudorf, médecin hygiéniste en chef, Région sanitaire de Saskatoon

Composition des comités du Conseil d'administration

(en date du 31 mars 2013)

Comité sur les ressources humaines

Le Comité sur les ressources humaines aide le Conseil d'administration à exercer ses fonctions qui comprennent la surveillance de la politique de rémunération, de la rémunération des cadres, de la relève de la haute direction et d'autres activités importantes liées aux ressources humaines.

Le comité s'est réuni en juin et en novembre 2012 ainsi qu'en janvier 2013.

Membres
Brian Postl (président)
Marshall Dahl
Vivek Goel
John McGarry
Marlene Smadu

Comité sur le respect de la vie privée et la protection des données

Le Comité sur le respect de la vie privée et la protection des données examine l'orientation du programme de respect de la vie privée et formule des recommandations à cet égard, passe en revue les résultats du programme de vérification de la confidentialité, émet des recommandations sur les pratiques de l'ICIS en matière de respect de la vie privée et de protection des données à partir des rapports de vérification et informe le Conseil d'administration de l'incidence des changements majeurs apportés aux lois sur la protection de la vie privée. Ce comité reçoit également les rapports d'incidents graves au sein de l'ICIS susceptibles de constituer une atteinte à la confidentialité et soumet un rapport annuel au Conseil d'administration.

Le comité s'est réuni en novembre 2012 et en mars 2013.

Membres
Vivek Goel (président)
Luc Castonguay
Paul Rochon
Brian Postl (membre d'office)

Comité de gouvernance

Le Comité de gouvernance aide le Conseil d'administration à améliorer son fonctionnement, sa structure, sa composition et son infrastructure. Il fait également office de comité des mises en candidature, conformément à nos règlements.

Le comité s'est réuni en juin et en octobre 2012 ainsi qu'en février et en mars 2013.

Membres

Janet Davidson (présidente)
David Hallett
Kevin McNamara
Peter Morrison
Luc Boileau
Brian Postl (membre d'office)

Comité des finances et de la vérification

Le Comité des finances et de la vérification examine les politiques financières générales, dont le plan opérationnel et le budget annuels, et en recommande l'approbation, ainsi qu'il évalue la situation financière et le régime de retraite de l'organisme. Il formule aussi des recommandations relatives aux états financiers, au rapport de l'expert-comptable et à la nomination de l'expert-comptable pour l'année à venir. Il oriente et évalue notre programme de vérification interne.

Le comité s'est réuni en juin et en novembre 2012 ainsi qu'en janvier 2013.

Membres

John McGarry (président)
Elaine McKnight
Brian Postl (membre d'office)

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication ne peut être reproduit en totalité ou en partie sans l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-199-2

© 2013 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :
Institut canadien d'information sur la santé. *Rapport annuel 2012-2013 de l'ICIS — De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé*. Ottawa, ON : ICIS; 2013.

This publication is also available in English under the title *CIHI Annual Report, 2012–2013: Better data. Better decisions. Healthier Canadians.*
ISBN 978-1-77109-193-0

Parlez-nous

ICIS Ottawa
495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto
4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria
880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal
1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's
140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006

www.icis.ca
Au cœur des données

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information